FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 N° .....

THÈSE

204

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

GEORGES AMAT

Né le 24 Décembre 1904, à Hautvillers (Marne)

La Diarrhée

dans ses

Rapports Cliniques et Pathogéniques avec le Cancer de l'Estomac

President de Thèse : M. le Professeur CARNOT

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

PARIS (VI°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

GEORGES AMAT

Né le 24 Décembre 1904, à Hautvillers (Marne)

La Diarrhée

dans ses

Rapports Cliniques et Pathogéniques avec le Cancer de l'Estomac

President de Thèse : M. le Professeur CARNOT

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

PARIS (VI°)

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. ROGER.

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales. ...	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LŒPER.
Hygiène et Médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée. ..	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	MAURICE VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT. BEZANCON. ACHARD. MARCEL LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET. HARTMANN. LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
Clinique d'accouchements.	LEGUEU. COUVELAIRE. BRINDEAU.
Clinique gynécologie.	JEANNIN. J.-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BENARD Henri.
Physiologie.	BINET.
Chimie biologique.	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.	BROCQ.
Pathologie médicale.	BRULE.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDAR D'ALLAINES
Physique.	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique.	ECALLE.
Urologie.	FEY.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Anatomie.	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBE Henri.
Parasitologie.	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-Laryngologie.	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pharmacologie.	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie.	MULON.
Anatomie Pathologique.	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale.	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.	QUENU.
Physiologie.	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.	SEZARY.
Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT. (Pasteur).
Obstétrique.	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.	VELTER.
Histologie.	VERNE.
Obstétrique.	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT. LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Obstétrique	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS.

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père

En témoignage de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance.

A ma Femme

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/rapportsclinique0000geor

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Que nous remercions du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et que nous prions de croire en notre respectueux attachement.

A M. le Docteur RACHET

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a inspiré et guidé cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

A TOUS MES MAITRES DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Si dans la très grande majorité des cas, le cancer de l'estomac s'accompagne de constipation, il n'est cependant pas exceptionnel d'observer au cours de l'évolution des néoplasmes gastriques le symptôme diarrhée. Il nous a paru utile d'étudier les diverses modalités de cette diarrhée pour en tirer des déductions diagnostiques et pathogéniques intéressantes. 3 observations récentes nous ont en effet incité à rechercher dans la littérature médicale les cas analogues déjà signalés. Nous nous sommes aperçus qu'il n'existait pour ainsi dire pas de travail d'ensemble sur ce sujet et en collationnant les observations éparses ou les travaux relatifs à certaines variétés de cette diarrhée, nous avons pu réunir dans la classification suivante que nous proposons les diverses variétés de diarrhée observées au cours du cancer gastrique.

1° Dans la grande majorité des cas, le symptôme diarrhée coexiste avec des signes évidents de cancer de l'estomac :

a) Trousseau, le premier, a signalé la diarrhée au cours du cancer gastrique, surtout du cancer du pylore, et c'est dans une clinique médicale de l'Hôtel-Dieu que cette notion fut précisée.

Brinton la cite également accompagnant les troubles dyspeptiques.

Jaccoud rend cette notion classique dans son traité de Pathologie interne.

Mais pour eux ce fut nettement une diarrhée qui survenait après un temps de constipation plus ou moins long accompagnant l'apparition du teint jaune paille et signe précurseur de l'évolution terminale.

C'est ainsi que pour Trousseau cette diarrhée survenait lorsque le cancer du pylore ulcéré laissait filtrer dans le tube digestif sous-jacent toutes ses sécrétions irritantes.

b) Pour Bard au contraire, dont la conviction se fondait tant sur son expérience personnelle que sur les travaux de Tripier, médecin de l'Hôtel-Dien de Lyon, cette diarrhée du cancer gastrique est à tel point importante qu'il juge nécessaire de lui réserver dans la classification des néoplasmes de l'estomac une place à part; c'est la forme physiologique fruste où une « diarrhée habituelle remplace les vomissements habituels ».

c) Puis Soupault, dans son Traîté de Maladies du tube digestif, cite ces diarrhées comme survenant après une longue phase de sténose pylorique et à la suite de l'élimination d'un gros bourgeon cancéreux laissant le pylore ouvert et béant.

Hayem et Lion la citent également survenant tardivement.

d) En réalité, il faut bien distinguer: d'une part une for-

me diarrhéique du cancer de l'estomac bien vu par Bard et Tripier où la diarrhée accomuagnant les autres signes cliniques remplace l'habituelle constipation. D'autre part, la diarrhée qui survient plus ou moins tardivement mais qui, comme l'avait vu Trousseau, semble alors être un signe de cachexie avancée .

2° Plus rarement ce symptôme est le seul signe clinique au cours d'un cancer gastrique jusque là latent. Nos trois observations personnelles se rapportent à cette variété assez rare; et c'est un des points que nous voulons justement préciser dans ce travail.

a) D'abord parce qu'elle est peu fréquente et par conséquent mal connue; non pas que nous veuillons attribuer à cette forme une importance nouvelle: ces 3 observations rentrent en effet dans le cadre des formes rares déjà étudiées des cancers atypiques de l'estomac; il suffit en effet de remonter dans la littérature médicale aux années qui s'étendent de 1880 à 1900, c'est-à-dire à partir de l'époque ou la symptomatologie typique du cancer de l'estomac a été bien établie en particulier par Trousseau, pour en retrouver quelques exemples; dès lors, jusqu'en 1900, on cherche à préciser le moindre symptôme pour tenter d'éviter les erreurs de diagnostic, et nous avons là trouvé diverses formes rares du cancer de l'estomac dont quelques-unes pourraient être rapprochées des nôtres.

b) Mais depuis lors peu de choses ont été publiées sur ce sujet, malgré que les études des variétés de cancer gastrique se soient multipliées et précisées.

c) Ensuite l'intérêt diagnostique de cette forme anormale est importante à préciser : le malade consulte tardivement pour une simple diarrhée que le médecin égaré par la prédommance de ce symptôme traité longtemps pour elle seule, l'envisageant successivement comme une diarrhée tuberculeuse, amibienne, bacillaire, hépatique, vésiculaire ou autre, et ne reconnaissant que tardivement sa véritable origine.

d) Enfin ce symptôme anormal de la diarrhée au cours du cancer de l'estomac nous permet d'envisager un certain nombre de problèmes pathogéniques encore discutés.

3° Nous étudierons donc :

a) Les formes cliniques des cancers gastriques où il existe de la diarrhée et nous attachant successivement aux cas où cette diarrée survient isolée, en dehors de toute autre complication, et aux cas où elle survient en même temps qu'une de ces complications nous permettant ainsi d'établir la classification suivante :

1° Cancers sans métastase :

Formes avec incontinence pylorique (avec lésions pyloriques).

Formes avec sténose pylorique (avec lésions pyloriques).

Formes sans lésions pyloriques.

2° Cancers avec métastase :

Hépatique ;

Ganglionnaire et peritonéale;

Intestinale;

Rectale.

3° Cancers avec propagation.

b) La Pathogénie de ce symptôme : Trousseau et Brinton invoquaient l'irritation intestinale par les produits cancéreux. Bard, le premier, parle d'incontinence pylorique. Urruka, étudiant l'achylie gastrique, en montre le rôle dans le cancer de l'estomac; Hayem et Lion montrent les rapports de l'achlopydrie et de l'hypochlorydrie dans l'incontinence pylorique. Enfin Loeper étudiant les lésions du pneumo-gastrique dans le cancer de l'estomac, montre là une cause nouvelle d'incontinence pylorique.

En même temps de nombreux auteurs ou les auteurs précédents eux-mêmes montraient le rapport de l'incontinence pylorique et de la Diarrhée.

De sorte qu'il est classique aujourd'hui de dire que la diarrhée est un résultat direct de l'insuffisance pylorique, que l'on rapporte cette insuffisance à la rigidité du canal pylorique, ou à l'état du chimisme gastrique, ou aux réflexes, ou à une lésion nerveuse.

Il nous a semblé intéressant de rechercher dans ce travail, si une telle théorie était parfaitement justifiée.

NOS OBSERVATIONS

Il nous semble que, pour la clarté de l'exposition, il faut rassembler ici nos observations, dont la similitude apparaîtra mieux. Nous reviendrons par la suite sur leur intérêt général, et sur la difficulté de leur diagnostic.

Observation I

Mme X. . ., âgée de 51 ans, vient consulter parce qu'elle présente depuis 2 mois environ un diarrhée tenace: elle a en effet 4 à 5 selles par jour, liquides, ne paraissant pas contenir de sang, ni de mucus. Cette diarrhée n'est accompagnée d'aucune colique; fréquemment elle affecte le type de la diarrhée post-prandiale, c'est-à-dire survenant aussitôt après le repas; mais ce n'est pas constant. De plus, elle a constaté qu'elle maigrissait, et elle a perdu 5 kilogs en 2 mois. Elle est légèrement anorexique. Tels sont les seuls troubles dont elle se plaigne.

C'est une femme qui en effet est amaigrie, pâle, (il y a de l'anémie certaine) ; sa langue est saburrale.

On examine desuite son abdomen : il est souple; on n'y distingue aucune masse; la zone cœco-ascendante est douloureuse et spasmée. Enfin la vésicule est nettement douloureuse ; le signe de Murphy est très net. Le foie déborde de 2 travers de doigt; il n'est pas douloureux. Il n'y a pas de grosse rate. Il n'y a pas de clapotage gastrique à jeun: Il n'y a pas de point douloureux épigastrique.

On examine ensuite les divers autres appareils : Le cœur est normal. La tension prise au Vaquez est de 10-6.

Les poumons sont normaux.

Le système nerveux ne présente aucun trouble.

Les touchers vaginal et rectal ne donnent aucun renseignement.

Voilà tous les renseignements que donnait d'autre part cette malade. Elle a eu plusieurs crises de coliques hépatiques, dont la dernière, suivie d'un ictère, remonte à 10 ans. Depuis cette époque, elle a présenté des troubles digestifs variés : nausées fréquentes, digestions pénibles; elle a même présenté 2 ou 3 fois des crises de diarrhée.

On a fait examiner les selles de cette malade : on y a trouvé 2 fois des réactions de Weber et de Mayer positives.

Enfin on l'a fait examiner à la radioscopie et on a eu la surprise de trouver une petite image lacunaire prépylorique, avec un petit estomac contenant très peu de liquide de stase à jeun; pas de retard à l'évacuation. On avait pris le soin de faire prendre à la malade du têtraiode avant l'examen; la vésicule ne s'est pas opacifiée.

On a décidé d'opérer cette malade et on a trouvé à l'intervention :

1° Un cancer gastrique à forme d'infiltration squinbeuse, étendue à tout l'organe, avec une grosse vascularisation ; ganglions nombreux sur la petite courbure;

2° Quelques noyaux cancéreux hépatiques en tâches de bougie.

3° Une cholécystite atrophique avec une multitude de calculs.

Toute intervention gastrique a été impossible en raison de l'étendue des lésions; on n'a pas même pu faire une gastro-entérostomie.

Observation II

M. Z. . ., 71 ans, est un vieux colonial, sans antécédents dysentriques ni paludéens, qui vient consulter pour une diarrhée tenace durant depuis 3 semaines; il a en effet 12 à 16 selles par 24 heures, liquides, claires, sans membranes, sans glaires, ne paraissant pas contenir de sang.

Il est très amaigri, son teint est terreux. Il a perdu l'appétit du reste; et dès qu'il mange, il est pris de sa diarrhée qui a donc bien ici le caractère post-prandial. Sa pâleur est très marquée (anémie sérieuse).

A l'examen de l'abdomen on ne trouve aucune masse abdominale; le cadre colique est douloureux dans son ensemble. Le foie et la rate sont normaux. On fait un toucher rectal qui ne donne aucun renseignement. On fait même une rectoscopie qui montre un rectum tout à fait normal.

L'examen des appareils cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveux est absolument négatif.

En dehors des antécédents dont nous avons parlé plus haut, le malade n'a rien à signaler.

On fait alors examiner les selles: il n'y a pas de parasites; mais on y trouve la preuve d'hémorragies occultes: réactions de Weber, de Meyer positives.

On fait radioscoper le malade: Sténose incomplète du pylore, avec liquide de store à jeun très important : il existe une dilatation gastrique nette. L'évacuation complète se fait en 12 heures. Enfin on a pu noter une image lacunaire prépylorique.

Le traitement antidiarrhéique était à peine commencé que en quelques jours, très rapidement, la sténose se complète;

l'intolérance gastrique est absolue, et on pratique presque d'urgence une gastro-entérostomie; on avait trouvé à l'intervention une grosse tumeur végétante du pylore.

A la suite de l'intervention, la diarrhée cesse complètement. Le malade meurt 3 mois après.

CANCER GASTRIQUE SANS METASTASES

Dans ce premier chapitre, alors que nous allons rechercher les rapports entre la diarrhée et les diverses formes de cancer gastrique, nous éliminons les causes d'erreur qui proviendraient de lésions organiques surajoutées, nous réservant d'établir leur part dans un chapitre suivant :

Dans l'étude des formes de cancer gastrique, nous nous servirons de la classification habituelle en formes pyloriques, formes des faces et du fond. Cependant tout d'abord nous examinerons ce qui se passe au cours d'une forme très spéciale, la linite gastrique.

LA LINITE GASTRIQUE

Aujourd'hui, en effet, après de longues hésitations, la classification de la linite est faite. Elle rentre dans le cadre des cancers. Et elle est caractérisée cliniquement et radioscopiquement par la petitesse de l'estomac, l'épaississement considérable de ses parois, la rigidité de l'organe.

M. le Prof. Carnot en a déduit 3 formes :

1° La linite gastrique sans participation des orifices.

2° La linite cardio-gastrique.

3° La linite gastro-pylorique.

Dans les 2 premières formes, il n'existe pour ainsi dire jamais de diarrhée.

C'est au contraire à la participation du sphincter pylorique que la troisième forme doit sa physionomie particulière. M. le Prof. Carnot la décrit ainsi :

«L'infiltration gastrique sous-muqueuse étendue à une grande partie ou à la totalité de l'estomac peut se propager à la région pylorique. Là elle peut indurer l'orifice d'évacuation, le rendre rigide, en empêcher la contraction et par là même le libre jeu. Elle peut s'arrêter brusquement à ce niveau. Mais elle peut aussi parfois le dépasser et même exceptionnellement attaquer plus ou moins loin le duodenum.

Dans l'un ou l'autre cas, le canal pylorique est atteint : il est devenu rigide et incontractile; par là-même, l'évacuation gastrique est profondément troublée. Si la rigidité gastrique empêche les ondes contractiles de l'estomac, elle empêche aussi l'occlusion pylorique: il y a incontinence pylorique. Tel est en effet le phénomène capital observé dans ce type clinique.

» Si, par contre, l'induration du pylore en provoque avant tout la rétraction, il y a sténose pylorique prédominante. Lorsque l'envahissement du pylore en provoque avant tout la rigidité et la béance plutôt que la sténose (ce qui est le cas habituel) le syndrome se caractérise par un signe de grande importance; l'incontinence pylorique; cette incontinence peut être d'ailleurs associée à un certain degré de sténose, si le pylore induré est à la fois incapable de se fer-

mer et de s'ouvrir complètement: il reste alors rigide, rétréci mais fuyant: en pareil cas il y a comme au niveau des autres lésions orificielles (des lésions cardiaques notamment) à la fois insuffisance et rétrécissement pyloriques.

» Cliniquement, l'incontinence pylorique compense en grande partie l'inextensibilité et l'incontractibilité gastrique puisque l'estomac s'évacue d'emblée dans le duodénum: il y a moins de tendance au reflux œsophagien malgré la petitesse et la rigidité du conduit gastrique. L'incontinence pylorique voile par là-même en partie les risques dus à la microgastrie.

» Radioscopiquement, l'incontinence pylorique se caractérise de façon typique par le fait que dès l'ingestion de bouillie barytée, il y a traversée en trombe du tube gastrique et déversement immédiat dans le duodenum. L'ombre envahit donc à la fois œsophage, estomac, duodenum. L'incontinence pylorique vraie ou anatomique est permanente et se continue pendant tout le temps de l'évacuation gastrique. Elle dot être distinguée de l'incontinence pylorique passagère observée si souvent à l'écran qui cesse généralement d'elle-même. On doit d'autre part distinguer l'incontinence pylorique fonctionnelle ou réflexe ».

Voici donc définie anatomiquement, cliniquement, radioscopiquement la linite gastro-pylorique, dont le symptôme primordial est l'incontinence pylorique. Quels en sont les signes associés et en particulier quel rapport y à-t-il avec la diarrhée ? Nous allons le voir en examinant quelques observotions :

Observation I. — (M. Prof. Carnot) : Métallurgiste de 34 ans; il souffre depuis quelque temps déjà de crises douloureuses épigastriques et haut situées, comparables à des crampes avec exacerbation après la prise d'aliments.

Achylie gastrique nette; pas de sécrétion acide après le repas fictif, ni après le repas d'épreuve.

A l'examen radioscopique et dès le début de l'épreuve, on observe de l'incontinence pylorique: le duodénum se remplit immédiatement et devient très visible. L'estomac apparaît petit, haut placé, déjeté vers la gauche à sa partie moyenne. Dans ce cas le canal pylorique a 3 caractéristiques :

1° Son trajet est sinueux avec une double courbure ayant la forme d'un S couché et recourbé, gardant sa forme aux divers examens pratiqués.

2° Le canal pylorique reste toujours de faible diamètre, même au cours du passage du contenu gastrique faisant contraste avec le duodénum qui s'élargit brusquement donnant l'impression d'être rigide et inextensible bien que béant.

3° Enfin et surtout le canal pylorique est incontinent : la bouillie barytée passe d'emblée dans le duodénum; le passage se continue sans interruption tant que l'évacuation gastrique n'est pas terminée: l'évacuation complète ne demande d'ailleurs pas 10 minutes, ce qui est un temps très raccourci par rapport au temps normal d'évacuation d'un pareil repas qui exige habituellement plusieurs heures.

A divers examens successifs on retrouve les mêmes caractéristiques.

A l'opération on trouve un petit estomac adhérent aux organes voisins, induré et rétracté surtout au niveau de la région pylorique.

Observation II. (Prof. Carnot). — Soldat de 31 ans ayant au creux épigastrique de violentes douleurs spontanées sous forme de crampes avec sensation de déchirure avec exaspération aussitôt après la prise d'aliments, mais ne vomissant jamais, ce qui s'expliquera facilement par la rigidité de son estomac et de son cardia.

A la Radio: 1° Rétention œsophagienne. 2° Le bismuth passe à travers un tube gastrique rétréci, rigide, inextensible et incontractile. 3° Incontinence pylorique complète.

L'examen coprologique montre la présence de sang dans les selles. Pas de débris musculaires; pas de graisses en quantité anormale; pas d'amidon après le repas d'épreuve;

Le temps de traversée digestive n'est pas raccourci; apparition du carmin 41 heures après son ingestion.

La cachexie a été rapide.

A l'autopsie on trouve une linite totale avec un pylore rigide, à la fois un peu rétréci et incontinent.

Ces 2 observations sont particulièrement typiques. Les risques cliniques principaux de la linite gastro-pylorique consistent en douleurs violentes au creux épigastrique s'exacerbant à la suite de l'ingestion d'aliments accompagnée ou non de vomissements selon l'état du corps de l'estomac.

Au point de vue chimisme gastrique, nous notons une achylie complète le plus souvent.

Au point de vue radiologique enfin, il s'agit d'un petit

estomac haut situé et plus ou moins rigide où l'incontinence pylorique permanente et complète fait le diagnostic. Il existe évidemment des cas où il existe de la sténose, ou de la sténose accompagnée d'incontinence: les observations de Cade en constituent à peu près toute la matière: dans ces cas, ou bien on a affaire à tout un syndrome de sténose pylorique, ou bien tout se ramène à l'incontinence dont, nous venons de le dire, la linite s'accompagne habituellement.

De sorte que en mettant à part les quelques cas de sténose connus, nous pouvons dire et nous sommes du reste en accord avec les classiques, que linite = incontinence. C'est là un point bien établi.

Mais il est aussi classique de dire que incontinence = diarrhée, d'où on déduit linite = diarrhée, ou plutôt linite = lientérie.

En est-il bien ainsi? Il suffit de remonter à la 2ème des observation citées plus haut pour trouver déjà un exemple de constipation nette; le transit intestinal étudié par la méthode du cachet de carmin, est normal, malgré qu'il s'agisse d'un elinite avec l'incontinence indubitable : les aliments passaient en trombe dans un estomac atone et complètement déficient au point de vue de la sécrétion et étaient projetés pour ainsi dire tels quels dans le segment du tube digestif sous-jacent.

Nous verrons par la suite d'autres observations; mais nous allons voir que nous ne sommes pas les premiers à constater de tels phénomènes :

Timbal écrit dans un article sur les cancers de l'estomac avec insuffisance pylorique :

« Contrairement à Bard qui a signalé la diarrhée post-prandiale accompagnée de coliques et lientérie dans ces formes nous n'avons rien constaté de semblable ».

2 de ses observations portent sur des linites.

Observation 1. — Agé de 43 ans, le malade est soigné à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour troubles digestifs datant de 2 ans: crampes après le repas persistant 1 heure environ disparaissant par l'expulsion de gaz. Amaigrissement. Vomissement quelques mois après, immédiatement après le repas.

Au palper: tuméfaction dure et peu douloureuse dirigée presque horizontalement du rebord costal gauche à la région hépatique.

Suc gastrique: Acidité totale: 0,36. Acide chlorydrique libre: 0.

A la radio: linite plastique.

Observation 2. — Malade âgé de 68 ans; entre à l'hôpital en septembre 1922 pour anorexie surtout marquée pour les viandes. Douleurs vagues peu intenses, sans vomissements. En janvier 1923 l'anorexie est presque absolue; de temps a autre survient un vomissement alimentaire. Ni hématmèse, ni mœlena.

Au palper: cordon dur horizontal, contenu dans la région épigastrique.

A la radio: Petit estomac devenu un simple canal. Aucune contraction péristaltique: le lait de bismuth passe d'une manière continue et rapide. L'ombre diffuse de l'intestin grèle se forme très vite sous les yeux. En moins de 10 minu-

tes, 300 centimètres cubes sont passés dans l'intestin grêle. Le diagnostic de linite plastique est posé.

Ces 2 cas o» la linite gastro-pylorique accompagnée d'incontinence du pylore ne donnent aucun trouble d'évacuation intestinale, sont opposés par Timbal à la notion nouvelle que Bard, dans une classification des cancers gastriques à laquelle nous avons déjà fait allusion, avait énoncée: à savoir l'existence de formes avec incontinence pylorique où la diarrhée remplace la constipation. A la suite de Bard cette notion est devenue pour beaucoup incontinence = diarrhée.

C'est ainsi que Hayem écrit: « Dans toutes mes publications j'ai noté la coïncidence de la diarrhée avec les évacuations courtes » ceci aussi bien au cours des vraies incontinences qu'au cours des évacuations prématurées.

Mais Le Noir et Agasse-Lafont disent: « Un symptôme important peut permettre de soupçonner l'incontinence du pylore. C'est lorsque vient se surajouter aux manifestations de l'affection causale une diarrhée rebelle avec présence dans les selles d'aliments mal digérés. Ajoutons-y le réflexe de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac et le passage rapide des gaz de l'estomac dans l'intestin. Mais ces signes peuvent manquer ou tenir à d'autres causes. Aussi n'est-ce guère que par l'exploration méthodique de l'estomac que l'incontinence peut être nettement caractérisée. Mais c'est surtout la radiologie qui apporte la précision nécessaire ». De même au sujet de l'évacuation prématurée : « Comme dans l'incontinence, ce sont ici encore les troubles intestinaux qui caractérisent d'ordinaire l'évacuation prématurée.

Le plus souvent il survient de la diarrhée qui peut aller jusqu'à la lientérie. Plus rarement il y a au contraire constipation ou alternatives de constipation et de diarrhée ».

Le Noir et Agasse-Lafont sont déjà moins affirmatifs sur les relations d'incontinence et de diarrhée.

M. le Prof. Carnot écrit avec Mauban :

« Les causes et les conséquences de ces troubles pyloriques demandent de nouvelles recherches; d'ores et déjà on peut leur attribuer un rôle dans certaines diarrhées prandiales. Le manque de régularisation du passage pylorique provoque une trop prompte évacuation du réservoir gastrique, une trop brutale surcharge de l'intestin grêle, une absence d'adaptation entre le débit intestinal des aliments et l'état de leur élaboration chimique. »

M. Hayem commente cette communication de la façon suivante :

« Cela est fort bien dit-il; mais je ne sais sur quelle observation ces vues sont fondées, car les troubles intestinaux ne sont notés que dans un des 3 cas rapportés par les auteurs. Il y est simplement noté quelques troubles intestinaux légers avec constipation douloureuse alternant avec de la diarrhée. En revanche, sur ce point, mon expérience personnelle est assez étendue et déjà ancienne. Dans toutes mes publications, j'ai noté la coïncidence de la diarrhée avec les évacuations courtes ».

Et cependant cette phrase de M. Carnot était dictée en effet par ses observations où l'incontinence n'est accompagnée d'aucun trouble pylorique.

Du reste, un peu plus tard, M. Carnot publiait l'observation de linite plastique rapportée plus haut où une incontinence complète s'accompagnait de constipation.

Nous avons vu aussi les 2 observation de Timbal ou l'incontinence avait été étudiée radiologiquement.

Nous avons bien recherché dans la littérature les cas publiés de linite; les uns, de date trop reculée, où l'incontinence n'avait pu être démêlée d'avec la sténose par une étude radiologique, ne nous semblent pas devoir entrer dans cette discussion; cependant nous noterons que dans bien des cas il n'y avait aucun trouble intestinal, qu'il y avait même souvent de la constipation.

Voici par exemple une observation de Quénu :

Homme de 32 ans. Douleurs épigastriques, vomissements, Constipation habituelle. Amaigrissement. Masse dure allongée dans la région épigastrique.

A l'opération: résection de la portion pylorique; la pièce montre une linite.

Voici une autre observation de Hoche, faite chez le Prof. Spillmann :

Homme de 47 ans. Douleurs stomacales depuis 1 an, augmentées par l'ingestion d'aliments. Vomissements alimentaires. Constipation opiniatre. Cachexie.

A l'autopsie : Le pylore est un tube rigide : canal ouvert largement. Examen histologique: linite.

Dans les observations récentes de linite avec incontinence constatée à la radioscopie, nous n'avons trouvé, signalé, en

dehors des cas où la constipation est notée, aucun trouble intestinal.

Il est certain cependant qu'il existe des cas de linite avec incontinence pylorique où la diarrhée est tenace, où elle affecte même le type lientérique, mais nous croyons que ces cas sont moins nombreux qu'on a voulu le dire. En tout cas ils sont insuffisamment nombreux pour justifier l'égalité linite = incontinence = diarrhée.

En résumé, la linite gastrique n'a aucun retentissement sur l'évacuation intestinale lorsqu'elle est à forme gastro-cardiaque, ou à forme gastrique pure. Dans les cas de forme gastro-pylorique ses caractéristiques sont :

1° Au point de vue chimisme: anachlorydrie complète; achylie presque complète.

2° Au point de vue radiologique: estomac petit, rétracté, plus ou moins induré selon l'étendue de la lésion; incontinence pylorique permanente et complète dans la majorité des cas, sténose rarement, incontinence avec rétrécissement parfois.

3° Au point de vue clinique: douleurs assez vives siégeant au creux épigastrique généralement exacerbées par l'ingestion, mais d'assez courte durée; peu de vomissements; enfin le plus souvent, elle s'accompagne de constipation; il est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément d'y constater de la diarrhée.

FORMES PYLORIQUES
DU CANCER DE L'ESTOMAC

Nous venons d'étudier une variété de cancer gastrique dont les caractères sont assez nettement tranchés pour en établir une description homogène.

Dans les formes banales du cancer gastro-pylorique, il existe au contraire tous les stades, depuis les formes uniquement infiltrantes jusqu'aux formes très peu infiltrantes et surtout végétentes, depuis les formes très sténosantes jusqu'aux forme avec incontinence complète. Leur polymoprhrisme symptomatique ne nous permettra pas de faire une division bien nette et nous classerons ces formes de la façon suivante qui nous semble la plus favorable pour bien exposer la question :

1° Forme avec sténose;

2° Forme sans grand retentissement orificiel;

3° Forme avec incontinence.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, nous voulons rappeler que nous avons éliminé en tête de ce chapitre les complications. Or dans les formes que nous allons traiter, la diarrhée est très fréquente à la période terminale; cependant si les complications expliquent une partie de ces diarrhées plutôt terminales, il n'en est pas moins vrai qu'il est

de ces diarrhées où les complications ne jouent aucun rôle. Donc, quelle que soit la période où ces diarrhées surviennent, tardivement, ou au contraire avant même l'apparition des autres signes cliniques, il est bien évident qu'elles rentrent toutes dans ce cadre: elles peuvent donner par leur présence une allure très différente à la maladie, mais il est certain que les causes en sont les mêmes. Ce sera justement notre rôle que de chercher à voir comment et quand elles surviennent dans chacune des formes envisagées.

1° *Formes avec sténose*

Le Noir et Agasse-Lafont, parlent ainsi du cancer du pylore :

« Le cancer du pylore représente plus de la moitié des cancers gastriques. Il détermine le plus généralement le rétrécissement de cet orifice. Il convient de distinguer avec Mathieu, des sténoses primitives correspondant à la localisation initiale de la tumeur à l'orifice pylorique et des sténoses secondaires qui n'apparaissent que lorsque la tumeur originairement juxta-orificielle envahit ensuite l'orifice. Les premières se traduisent de bonne heure par les signes propres de la sténose, devançant parfois les symptômes généraux du cancer. L'inverse se produit avec les sténoses secondaires. »

Par conséquent dans la majorité des cas une tumeur pylorique évolue vers la sténose. On en connait les signes :

Les vagues signes dyspeptiques qui existaient depuis

quelque temps, digestion pénible, anorexie légère, se précisent peu à peu par l'apparition d'une douleur tardive survenant 3 ou 4 heures après le repas avec une sensation de tension douloureuse épigastrique, qui se termine assez souvent par un vomissement alimentaire. Puis assez rapidement, mais pendant une période où la cachexie, grâce à l'hypoalimentation, fait un grand pas, les douleurs deviennent moins vives, mais plus constantes; les vomissements sont moins fréquents mais plus abondants, contenant des aliments ingérés 2 ou 3 jours auparavant. A ce moment-là l'estomac est très dilaté, contenant un liquide résiduel important. La cachexie progresse, et la mort survient après un intervalle variable.

Tel est très rapidement esquissé le tableau de l'évolution d'une sténose pylorique. L'évolution de cette forme est généralement plus rapide encore si la sténose s'accentuant, l'alimentation se restreint, amenant vite le dépérissement des forces.

L'étude du contenu gastrique fournit les renseignements les plus intéressants: le tubage à jeun montre la présence d'un liquide de stase abondant dont l'odeur est fétide: on y trouve des débris alimentaires et fréquemment la possibilité de mettre en évidence des hémorragies habituelles; à l'examen on constate que, si l'acidité totale due aux acides de fermentation est assez élevée, il n'existe pas d'H.ce. libre, et très peu d'H.ce. combiné. Le repas d'épreuve montre une hypopepsie et une anachlorydrie particulièrement nette, pour la plupart des cas. Après histomine, ces notions sont encore

plus précises: dans la majorité des cas l'anachlorydrie est manifeste.

A la radioscopie on constate dans la très grande majorité des cas, de prime abord, l'amputation du pylore, et un liquide de stase abondant. Le passage du lait bismuthé se fait mal: à la période de lutte, les contractions péristaltiques ne font qu'à intervalles éloignés ouvrir le pylore; à la période de stase, l'estomac est hypokinétique.

En résumé: 1° Le chimisme est caractérisé par une achylie moins marquée que dans la linite; 2° Le passage des aliments dans le duodénum se fait lentement et par à-coups.

Ceci posé, nous allons voir quel est le retentissement intestinal :

Classiquement on admet que les cas habituels de sténose sont accompagnés de constipation; on fait cependant une restriction en ce qui concerne les sténoses s'accompagnant d'une incontinence plus ou moins marquée. « Il peut arriver, écrivent Le Noir et Agasse-Lafont, que la circulation des aliments se rétablisse, si le canal pylorique est redevenu perméable à la suite de l'ulcération de la masse cancéreuse ».

C'est là une vieille théorie en effet que Trousseau avait émise, que Soupault avait reprise en prétendant qu'elle appartenait plutôt aux formes squicheuses, théorie qui explique une incontinence apparaissant ou s'installant progressivement au cours d'une sténose. Il en existe une seconde qui, se fondant sur le fait que, souvent, à l'autopsie, on a trouvé un canal pylorique épaissi, rigide, très rétréci, mais laissant

une lumière étroite et permanente, juge le fait explicable par cette disposition anatomique.

Quoiqu'il en soit, pour cette forme de sténose accompagnée ou suivie d'incontinence légère, on admet que la diarrhée remplace la constipation.

Donc, d'une part, sténose simple, constipation ; d'autre part, sténose avec léger degré d'incontinence diarrhée. Les choses ne sont pas aussi simples qu'elles le paraissent :

Nous rappellerons tout d'abord notre observation II qui n'est autre chose qu'un cas de grosse sténose secondaire, où l'incontinence ne pouvait exister, ce que l'évoaution a montré; et cependant la diarrhée était tenace.

Voici maintenant une observation de Bonamy et Gaston Durand que nous pouvons rapprocher de la nôtre :

Observation: Homme 43 ans, opéré le 30 décembre 1911 pour kyste hydatique du foie. Il voit apparaître des troubles dyspepstiques dans les mois qui suivent: on pense à une bride pylorique: ces troubles digestifs consistent en digestion lente accompagnée de courtes crises de diarrhée. La diarrhée augmente; il y a pesanteur 2 ou 3 heures après les repas; amaigrissement.

Le 12 juin 1912 on fait une radioscopie: estomac très dilaté; stase légère; contractions lentes mais profondes; évacuations régulières. On porte le diagnostic de sténose pylorique par bride.

Grâce au régime institué, les troubles s'améliorent. En décembre 1912, pesanteur 3 heures après; 1 vomissement.

On fait une radiosccpie: Estomac plus dilaté. Evacuation régulière; contractations profondes et étendues.

Le 30 avril 1913, les troubles dyspeptiques marqués font faire une nouvelle radioscopie: stase très importante. On opère: pylore volumineux, induré, sans adhérences avec ses parois uniformément épaissies; mais la lumière est considérablement réduite dans toute sa longueur, et n'existe pour ainsi dire plus du côté de l'estomac. Le diagnostic de carcinome a été fait par Champy.

La diarrhée avait duré pendant toute la maladie.

L'étude radioscopique de ce cas particulier ne laisse aucun doute sur le fonctionnement du sphincter pylorique: sténose sans la moindre incontinence et cependant diarrhée.

Malheureusement, on trouve peu d'observations où la radioscopie ait été faite avec autant de soins et nous donne autant d'indications précises sur l'état du pylore, sans doute parce que l'incontinence pylorique étudiée depuis peu avec une clarté suffisante est encore bien ignorée. Aussi la plupart des observations dont l'allure clinique se rapproche des 2 cas cités plus haut ne peuvent être rapportées ici à cause du doute qui règnerait sur leur vérité.

Grâce à nos observations, il nous est en tout cas possible d'affirmer que la sténose peut parfois s'accompagner de diarrhée; et nous pensons qu'il en est ainsi bien plus souvent qu'il ne le semble.

Nous avons vu qu'il est des cas de sténose où celle-ci est accompagnée d'incontinence, ou bien encore cède la place à une incontinence marquée. Quelquefois au contraire, si

le cancer est très infiltrant, l'incontinence est constituée d'emblée. Tous ces cas rentrent dans la catégorie suivante.

2° *Formes avec incontinence*

Donc 3 types : Ou bien l'incontinence s'est établie d'emblée, et cela ne peut guère se concevoir que dans les formes où l'infiltration est très importante, nous rentrons alors, au point de vue anatomique, dans une forme de transition avec la linite plastique, dont le diagnostic est en effet souvent délicat; et au point de vue symptômatologique, tout ce que nous avons dit au sujet de la linite s'applique ici.

Ou bien l'incontinence est secondaire à une sténose. Comme nous le disions plus haut, c'est une vieille théorie: l'histoire du bourgeon cancéreux sténosant qui, détaché, laisse derrière lui une incontience date de Trousseau; reprise par Soupault, elle devient classique. Et Bianchi (deFlorence), qui avait signalé des cas de cancer colloïde du pylore marqués par la diarrhée, sans vomissement, ni douleur, et caractérisés anatomiquement par la béance de l'anneau pylorique, pensait également ainsi.

Mais le dogme classique était, à ce moment-là, que la constipation accompagnait toujours le cancer de l'estomac. La question fort controversée poussa Tripier (de Lyon) à faire une étude très sérieuse de la diarrhée au cours du cancer de l'estomac :

Dans 8 observations de cancer du pylore, vérifiés à l'autopsie et accompagnés de diarrhée, il trouve 2 cancers infil-

trés, 2 cancers ulcérés, 2 cancers ni ulcérés ni infiltrés, 1 cancer avec rétrécissement.

Y avait-il incontinence ou sténose pylorique? C'est ce que nous ne savons pas : dans le compte-rendu des autopsies il note surtout la dilatation de l'estomac: il y avait probablement une majorité de cas avec incontinence secondaire.

Kandel, dans sa thèse (Nancy), publie le cas suivant :

Observation : Homme âgé de 35 ans; entre dans le service du Docteur Spillmann le 5 mai 1891. Il n'a aucun antécédent héréditaire à signaler, n'a fait aucune maladie dans sa jeunesse. Aucun antécédent, ni alcoolique. Depuis le mois de janvier 1888, le malade a 5 ou 6 selles diarrhéiques par jour. Les évacuations sont précédées de coliques violentes; jamais il n'a eu de sang dans les selles, ni de matières noires. Teint cachectique jaunâtre, figure bouqie, longue, pâle, mais non saburrhale. Diarrhée continuelle: selles jaunâtres, très liquides, précédées de coliques. Foie peu augmenté de volume. Rate augmentée de volume. A l'autopsie on trouve: Estomac dilaté; au niveau du pylore, tumeur de 4 cm x 3 cm, admettant le petit doigt; à l'intestin, rien d'anormal.

On avait fait le diagnostic de cachexie dysentérique.

Il est bien probable qu'ici encore, l'incontinence fut secondaire; elle s'accompagna de diarrhée dès le début, et se rapproche beaucoup de nos observations.

Y a-t-il toujours diarrhée dans ces cas de tumeurs pyloriques accompagnées d'incontinence ?

Timbal a examiné radioscopiquement 7 tûmeurs pylores caractérisées toutes par: une évacuation rapide de l'estomac

en 1 ou 2 heures au maximum. Il n'existait pas de diarrhée. Il est vrai qu'on peut simplement parler d'insuffisance pylorique et non d'incontinence pylorique. Mais enfin, il n'en est pas moins vrai qu'il n'y avait aucun trouble de l'évacuation intestinale.

Ces cas de Timbal se rapprochent justement de ces formes que nous avons voulu grouper sous le nom de

3° *Formes sans lésion sphinctérienne*

Nous voulons entendre par là ces tumeurs juxta-pyloriques qui évoluent sans donner ni sténose ni incontinence particulièrement nette. Nous savons que nous devrions alors les ranger tout simplement avec les cancers du corps. Il nous a semblé cependant qu'il était nécessaire de les faire rentrer dans l'étude que nous faisons de la diarrhée au cours des formes pyloriques.

Nous avons vu, en effet, qu'il existe indifféremment constipation ou diarrhée dans des cas de sténose ou d'incontinence. Et nous voulons justement marquer par un parallèle des cas où il n'existe ni sténose, ni incontinence pylorique, qu'il existe ici aussi indifféremment constipation ou diarrhée.

Si, en effet, l'aspect radiologique est différent, le chimisme gastrique est exactement semblable, présentant les mêmes variétés.

Combien d'observations de ces cancers végétants du pylore où on n'a vu ni incontinence ni sténose, évoluant clinique-

ment comme des cancers du corps! La constipation y est signalée le plus souvent; mais la diarrhée y existe parfois.

C'est en citant l'observation suivante que nous voulons terminer cette étude des formes pyloriques; observation tirée de la thèse de Bisson sur l'Etude Radiologique des Diarrhées :

Mme X..., 45 ans, présente en juillet 1916, des douleurs d'estomac et de la diarrhée: 10 selles par jour pendant 3 mois; amaigrissement et affaiblissement. Un traitement bismuthé arrête la diarrhée. En août 1928, diarrhée avec petites coliques: 5 selles par jour maximum. Persistance de ces symptômes jusqu'à l'époque actuelle. A l'examen masse irrégulièrement arrondie et douloureuse dans la région para ombicale gauche. Foie gros débordant les côtes de 4 travers de doigt. Ni hématémise, ni mœlena. Examen des autres appareils négatifs.

A la radioscopie: pas d'exagération de la rapidité du transit intestinal.

A l'examen coprologique, signes de diarrhée suivants:

Selles mi-liquides jaunes claires, alcalines.

Savons XX;

Cellulose XX;

Acides gras XX;

Graisses neutres XX;

Fibres musculaires 0;

Levures iodophiles 0.

A l'opération: cancer végétant du pylore.

Voilà donc un cas de cancer végétant du pylore avec diarrhée.

En résumé :

Dans la majorité des cas de sténose il existe de la constipation; mais la diarrhée n'y est pas rare.

Dans les cas d'incontinence on trouve au moins autant de cas de diarrhée que de cas de constipation, sans pouvoir préciser davantage: il faudrait pour cela plusieurs statistiques importantes.

Dans les cas intermédiaires, il existe également de la constipation et de la diarrhée.

Dans tous les cas le chimisme est le même.

LES CANCERS DES FACES, DES COURBURES ET DU FOND

Dans les néoplasmes gastriques, les cancers pyloriques sont les plus fréquents. On rencontre ensuite par ordre de fréquence les formes localisées à la petite courbure, aux faces, à la grande courbure, au cardia.

Ces formes ne modifient pas en général sensiblement la dimension de la cavité gastrique puisqu'elles ne troublent que très tard l'évacuation de l'organe.

Il en résulte qu'elles sont susceptibles de prendre un développement tel qu'on n'en voit point de semblables au cours des formes pyloriques; ces derniers en effet amènent rapidement la mort par inanition, avant d'avoir atteint le volume d'un œuf, tandis qu'on peut trouver sur les faces des cancers gros comme le poing et davantage.

Les formes infiltrées sont les plus rares;

Les formes molles sont les plus fréquentes.

Le cancer du cardia réagit surtout au niveau du sphincter cardiaque et donne une symptomatologie de spasme œsophagien.

La symptomatologie du cancer des faces et des courbures est caractérisé par toute une série de phénomènes que nous

allons rappeler brièvement et qui ont été classées par Mathieu sous la forme suivante :

1° Prénomènes dyspeptiques caractérisés par de l'anorexie surtout marquée pour les viandes et les graisses, douleurs vagues, et des vomissements irréguliers et peu fréquents.

2° Phénomènes généraux: amaigrissement, anémie, ces 2 symptômes pouvant prendre une place prépondérante.

3° Signes cliniques localisés: tümeur palpable de l'abdomen.

4° Modifications du chimisme.

5° Signes radioscopiques.

6° Evolution progressive et fatale.

Nous insisterons davantage sur les modifications du chimisme et sur les signes radioscopiques.

2 moyens existent d'étudier le chimisme gastrique :

Le repas d'épreuve permet de constater dans la plupart des cas une très grosse diminution de l'H.ce. libre, mais ce n'est pas pathognomique: ce signe peut manquer, ou exister dans d'autres affections. Il y a hypopepsie le plus souvent, hyperpepsie quelquefois. Les auteurs n'ont pas tous fourni les mêmes résultats. Pour Hayem et Lion on trouve 80 % d'anachlorydriques, 4 % d'hypochlorydriques, 16 % d'hyper. et d'orthochlorydriques. Pour Friedenwald et Bryan, on trouve 52 % d'anachlorydriques, 16 % d'hyperchlorydriques, 26 % d'orthochlorydriques. L'acidité totale est faible; les ferments gastriques sont très diminués, les acides de fermentation sont décélables, surtout l'acide lactique.

Le liquide de stase montre en plus de l'absence d'H.ce. libre, du peu d'abondance d'H.ce. combiné, une acidité totale due aux acidés de fermentation assez élevée. On y trouve encore des débris alimentaires et parfois la preuve d'une gastronagie.

Enfin l'épreuve de l'histamine confirme ces faits établis après repas d'épreuve.

A la radioscopie on verra soit une image lacunaire au niveau de la tumeur, soit un aspect marécageux moins net, enfin parfois une biloculation néoplasique ; on constatera rarement de l'incontinence pylorique.

Habituellement les néoplasmes du corps de l'estomac sont accompagnés de constipation. Cependant Hayem et Lion constatent qu'il existe assez souvent de la diarrhée.

Tripier en a fourni dans son étude sur la diarrhée, 5 cas environ, tous du corps de l'estomac.

Plus tard on constata que la diarrhée dans le cancer de l'estomac était en rapport avec l'incontinence pylorique et plusieurs auteurs étudièrent la question.

Udaondo écrit :

« Dans le cancer localisé de la portion médiane de l'estomac, l'insuffisance orificielle peut se produire par l'absence de réflexe de fermeture du pylore. Dans ces cas étudiés entre autres par Carman, l'évacuation de l'estomac même avec une alimentation épaisse est continue et totale et s'accompagne d'un transit intestinal rapide. Au bout de 6 heures, la bouillie opaque remplit le colon descendant.

Il est certain que la composition chimique du contenu

gastrique influe directement dans cette variété. Il s'agit de types chimiques anacides dans lesquels fait défaut l'excitant normal du réflexe de fermeture du pylore et auquel s'ajoute une gastrite atrophique concommitante qui peut s'étendre jusqu'à l'orifice pylorique même ».

Bouchut, de Lyon, publie 2 cas de cancer du corps de l'estomac avec incontinence.

Enfin nous rapporterons l'observation suivante publiée par Aubourg :

Observation: Malade âgé de 65 ans; présente des signes cliniques de sténose œsophagienne.

A la radioscopie: sténose du cardia, mais de plus incontinence pylorique: le liquide passe dans l'estomac sans y séjourner et arrive dans le duodénum.

A l'intervention: néoplasme du cardia très adhérent et intéressant le bord droit de l'estomac. Ganglions très développés sur la grande et la petite courbure.

Voilà donc un cas de néoplasme s'étant développé secondairement sur le bord droit de l'estomac qui donne de l'incontinence pylorique, nous verrons plus tard par quel mécanisme.

Mais, ce qui nous intéresse maintenant, c'est de noter d'une part l'existence reconnue classiquement de diarrhée dans un grand nombre de cas de cancers du corps de l'estomac, d'autre part l'existence d'une insuffisance gastrique plus fréquente encore, et d'une incontinence pylorique qui sans en avoir la fréquence n'est cependant pas rare.

Nous en déduirons qu'il est donc es cas où il y a insuf-

fisance gastrique sans diarrhée, incontinence gastrique sans diarrhée, résultats qui jusqu'ici sont assez concordants avec ce que nous avons vu.

Nous venons donc de terminer l'examen des différentes formes de cancers gastriques, pyloriques, des faces et des courbures, du fond.

1° Au point de vue clinique: nous y avons constaté dans tous les cas l'existence de diarrhée: dans la linite, elle nous est apparue beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit classiquement; dans la sténose nous avons vu qu'elle n'était point rare, contrairement aux conceptions habituelles; dans les formes des faces, nous avons vu se vérifier les théories classiques.

2° Au point de vue chimique nous avons rappelé quelles étaient les caractéristiques de la sécrétion gastrique dans les différents cancers.

3° Au point de vue radioscopique nous avons essayé de mettre en lumière les cas où l'on trouvait de l'incontinence, et ceux où l'on trouvait de la diarrhée.

Après avoir considéré la valeur diagnostique de tous ces signes, il nous restera à en établir les rapports pour en voir la pathogénie.

CANCER GASTRIQUE AVEC METASTASES

Dans le chapitre précédent nous avions eu bien soin d'éliminer les complications qui jouent un rôle non niable dans la diarrhée du cancer gastrique, rôle que nous allons préciser.

Tripier, dans son mémoire sur la diarrhée au cours du cancer de l'estomac, avait rigoureusement vérifié par l'autopsie les diagnostics qu'il posait; en même temps, il notait soigneusement les complications, car à l'époque on expliquait tous les cas de diarrhée par les complications. Il écrit:

« Nous avons trouvé 11 fois des complications sur les 15 cas où la diarrhée a été notée. C'est assez souvent la généralisation au foie, aux ganglions, au grand épiploon, au péritoine sous la forme de carcinose miliaire, et surtout la péritonite plus ou moins localisée ou généralisée avec des adhérences des différents organes contenus dans la cavité abdominale et avec des exsudats plus ou moins abondants, fibrineux ou liquides.

» Au premier abord, la coïncidence de lésions aussi fréquentes avec la diarrhée semble indiquer un rapport entre celle-ci et celles-là; mais sans nier que la péritonite et la carcénose miliaire puissent jouer un rôle dans la production de la diarrhée, l'analyse des faits permet de voir ce rôle bien restreint. Ce n'est que dans les cas où la diarrhée s'est mon-

trée pendant les derniers temps qu'on peut la rapporter à ces lésions qui sont ordinairement de date récente. Je sais bien que certaines adhérences péritonéales peuvent remonter à une époque plus éloignée, mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent.

» Du reste ces complications se montrent aussi dans les cas où la constipation est habituelle. »

Ainsi, selon Tripier, les complications métastatiques n'ont au début aucune importance, mais plus tard prennent une importance relative, mais non niable.

Nous avons du reste fait plus haut la part de ces complications dans l'apparition de la diarrhée tardive. Passons en revue les plus importantes de ces complications.

1° *Métastases hépatiques*

Certains auteurs attribuaient la diarrhée aux métastases hépatiques, disant que leur localisation anatomique les faisait le plus souvent passer inaperçues, ce qui ne les empêchait pas de jouer leur rôle.

Timbal dans l'étude de tumeurs pyloriques avait noté une fois de la diarrhée, et cette fois-là, il y avait métastase hépatique. Il ajoutait : « Généralement, dans ce cas, la lésion du foie passe inaperçue, sauf si facies subictérique, douleurs tardives. »

En réalité MM. Le Noir, Charles Richet fils et Jacquelinfi qui ont bien étudié la question écrivent :

« 1° Les insuffisances hépatique et rénale peuvent se

rencontrer dans le cancer de l'estomac. Néammoins elles sont moins fréquentes et surtout moins intenses que dans l'ulcère de l'estomac.

» 2° Les seuls symptômes que l'on puisse attribuer à l'une ou l'autre de ces insuffisances sont la tendance exagérée aux vomissements et aux hémorragies que dans certains cas présentent les malades.

» 3° Les lésions hépatiques sont discrètes et rares même au voisinage des noyaux secondaires. »

Ainsi attribuer à une métastase hépatique l'exédence d'une diarrhée c'est dire qu'il y a insuffisance hépatique. Et c'est uniquement dans de grosses lésions secondaires hépatiques qu'on pourrait la rencontrer.

Dans l'une de nos observations, il y avait des noyaux secondaires; on voit qu'ils étaient trop peu importants pour jouer un rôle dans la diarrhée coexistante.

Dans la plupart des cas, la métastase hépatique ne joue donc aucun rôle.

2° *Métastases ganglionnaires et péritonéales*

Nous avons vu que Tripier attribue à la carcinore miliaire péritonéale la plupart des diarrhées tardives. Il semble bien en effet que ce soit là l'une des principales complications. Sa fréquence est extrême; et elle est une des plus précoces.

Mais Tripier fait remarquer qu'elle existe aussi bien dans des séreuses.

Du reste par quel mécanisme joue-t-elle? Quel rôle exact a-t-elle dans cette évacuation intestinale? Il n'est pas question de faire entrer en jeu les lois régissant les inflammations des séreuses.

Il apparait ainsi que la cancérisation péritonéale intervient assez discrètement dans les diarrhées même tardives.

3° *Métastases intestinales*

Beaucoup plus importantes au contraire nous apparaissent ces métastases. On en trouve fréquemment au cours des autopsies des cancers gastriques, plus particulièrement au cours des linites.

En effet, Hayem et Lion disent :

« L'envahissement de l'intestin grêle, du côlon, du rectum se rencontre surtout dans la linite cancéreuse ».

En dehors d'elle on trouve peu de cas dans la littérature. Nous noterons le « cancer en jante » de l'attache misentéro-intestinale publié par M. le Prof. Carnot.

« Femme de 76 ans, entrée dans notre service quelques jours seulement avant sa mort et dans un état de cachexie profonde: elle se plaignait de douleurs abdominales diffuses siégeant plus spécialement au creux épigastrique survenant par crises avec nausées, éructations et vomissements; elle avait d'autre part un syndrome d'occlusion intestinale chronique, caractérisé par une constipation extrême entrecoupée de quelques débacles diarrhéiques ».

Mais c'est au cours de la linite qu'on trouve les plus nom-

breux cas de métastase intestinale dont quelques-uns accompagnés de diarrhée.

M. Bensaude a classé ces métastases selon leurs symptômes en 3 grandes formes :

1° Forme à symptômes gastriques : tableau banal d'un cancer de l'estomac; métastases absolument méconnues.

2° Forme à symptômes intestinaux: diarrhée rebelle à tous les traitements ou au contraire constipation opiniâtre allant jusqu'à l'obstruction chronique.

3° Forme à symptômes ectopiques: cachexie, anémie extrême, péritonite, ascite, etc. . .

Seule la 2ème forme nous intéresse; en voici un exemple tiré des publications de M. Bensande :

Observation: Malade entré au moins de novembre 1902 à l'hôpital pour troubles dyspeptiques accentués avec amaigrissement et faiblesse progressive.

Poussées diarrhéiques passagères, mais les selles ne sont ni rouges ni noires.

Puis augmentation des vomissements, de la faiblesse, cachexie et mort.

A l'autopsie: Linite plastique généralisée de l'estomac, 8 tumeurs étagées de l'intestin grêle. »

Bensaude a publié ainsi 25 cas environ de métastases intestinales au cours de linite dont 6 cas avec diarrhée. Etant donné que ces 25 cas constituent à peu près toute la littérature à ce sujet, car ce sont des cas relativement rares, nous avons là un rapport exact de la constipation et de la diarrhée.

Bensaude retient particulièrement l'attention sur les mé-

tastases rectales dont il souligne l'intérêt au point de vue diagnostic: tout malade atteint de tumeur gastrique devra subir un toucher rectal. Au point qui nous occupe, c'est la diarrhée constante qui signe l'existence d'une tumeur rectale.

CANCER GASTRIQUE AVEC PROPAGATION

Le cancer gastrique peut se propager vers :

a) le duodénum, sur une plus ou moins grande étendue, mais le plus souvent assez peu.

b) le pancréas, dans près de la moitié des cas (Le Noir et Agasse-Lafont).

c) le diaphragme.

d) le colon.

Les propagations diaphragmatique et duodénale ne donnent aucune manifestation entrant dans le sujet de cette thèse.

On a accusé la propagation pancréatique qui, nous l'avons vu, est admise classiquement dans la moitié des cas, de donner une diarrhée spéciale pancréatique, caractérisée par sa formule coprologique. D'autres auteurs ont nié la possibilité même d'une diarrhée pancréatique. Nous nous contentons de signaler cette discussion qui repose encore sur des bases trop vagues pour être examinées ici.

La propagation colique ou contraire nous intéresse davantage. Elle se réduit à une tumeur rétrécissant la lumière colique où elle donne une fistule gastro-colique. L'une n'est du reste que le second stade de l'autre. Dans les 2 cas, au point de vue clinique, il existe de la diarrhée. Mais tandis que pour celle-là la diarrhée n'a pas de caractère spécial et

n'est du reste pas constante, pour la fistule gastro-colique, au contraire, elle présente le type de la lientérie, et elle s'accompagne le plus souvent de vomissements stercoraux.

Voici 2 exemples nets du 1er cas :

Dans la thèse de Kandel, on trouve l'observation suivante :

Obs. : Catherine B, 43 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques lents et insidieux; selles diarrhéiques avec coliques; disparition de l'appétit, vomissements. Evolution vers l'oscite, mort.

A l'autopsie: estomac fortement infiltré; pylore rigide admettant à peine l'index. Le colon transverse offre sur 15 cm une induration en nappe réduisant légèrement son calibre; adhérences importantes.

Bensaude, Cain et Oury ont publié le cas suivant :

Obs. : Homme de 63 ans, présentant des douleurs épigastriques exacerbées par la prise d'aliments ; pas de vomissements ; pas de diarrhée ; ascite.

A la radio: petit estomac indéformable sans ondes de contraction; incontinence pylorique avec évacuation rapide; hypopepsie. H. U. = 0.

A l'autopsie: linite gastrique à propagation épiploïque, avec infiltration du côlon qui est rétréci.

Nous retrouvons là un cas d'incontinence pylorique complète sans diarrhée, dont nous n'avons pas voulu tenir compte, une complication métastatique existant.

Un pas de plus dans l'évolution de la maladie et nous

aurons une fistule gastro-colique. En voici une belle observation de M. le Prof. Carnot.

« Malade âgé de 67 ans, à long passé dyspeptique remontant à l'âge de 20 ans: douleurs intermittentes au creux épigastrique 2 à 3 heures après le repas sans nausée ni vomissement, se répétant par crises de 10 à 16 jours, suivies de période de calme durant plusieurs mois; cette histoire se rapporte vraisemblablement à un ulcus ancien; il n'y avait d'ailleurs plus eu de crises dans les 5 dernières années. Il y a 3 mois survient une diarrhée prandiale tenace avec une dizaine de selles quotidiennes liquides et jaunâtres survenant après la moindre ingestion d'aliments ou même de liquides; anorexie de dégout pour les aliments.

» Cette diarhée s'accompagna, il y a 1 mois, de vomissements le matin, et quelquefois l'après-midi, environ 4 heures après chaque repas, d'odeur très nettement fécale contenant des matières noirâtres analogues à celles qui constituaient simultanément les selles diarrhéiques. Bref, il s'agissait avec certitude de vomissements stercoraux. Ils étaient précédés de coliques abdominales à localisation épigastrique

» On perçoit dans l'hypocondre gauche une masse dure correspondant au côlon transverse gauche où à la grande courbure de l'estomac, en réalité à ces 2 viscères adhérents.

» Un tubage gastrique a été pratiqué : il a ramené du sang, des matières fécales ayant une flore stercorale et non plus gastrique.

» L'examen radioscopique a permis de suivre le passage

direct de la bouillie barytée dans les 2 sens gastro-colique et côlo-gastrique.

» En résumé, après un long passé de crises douloureuses gastriques il s'est produit une diarrhée prandiale avec lientérie et simultanément des vomissements stercoraux signes de fistules- gastro-colique.

» Restait à en établir la nature: à cause de l'âge on avait pensé au cancer. La radio en fait le diagnostic. Mais qu'elle est sa nature? A cause du passé gastrique on fait le diagnostic de cancer gastrique. L'examen de la pièce a montré qu'il en était bien ainsi. »

Des observations semblables sont retrouvées dans les travaux traitant la question des fistules gastro-coliques: articles de Bouveret (Lyon), de Mathieu, mémoire de Chavannaz, thèse de Bec, thèse de Lacoste (Bordeaux), article de Le Noir et Savignac.

L'observation que nous avons rapportée illustre assez la question.

La diarrhée accompagne toujours la fistule gastro-colique. Là-dessus aucune divergence d'idées. C'est une diarrhée importante, 10 à 15 selles par jour, selles à type lientérique le plus souvent, amenant toujours avec elles une cachexie très rapide.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avions annoncé au début de ce travail après avoir rapporté 2 observations de cancer gastrique caractérisées par une diarrhée précoce et tenace, nous nous sommes efforcés de voir comment se comportaient à ce point de vue les différentes formes de cancer gastrique. Cet examen nous a permis de constater qu'il existait des cas très approchants dans la littérature médicale.

L'observation I rentre, quant à sa forme clinique et même sans doute anatomique, dans la linite. On sait en effet combien est délicat le diagnostic histologique de la linite qui n'est pas toujours apparent; de telle sorte qu'au point de vue pratiquet la symptômatologie clinique joue le plus grand rôle. Or nous avons vu que dans la linite, la diarrhée n'est pas constante, elle existe quelquefois et se présente alors comme le signe moyen de ces variétés de cancer.

L'observation II se classe également dans les formes sténosantes des cancers pyloriques végétants: nous avons vu que cette catégorie s'accompagne parfois de diarrhée quoique plus couramment de constipation. Parmi les observations que nous avons rapportées dans ce chapitre, l'une d'entre elles est particulièrement indentique à la nôtre: l'observation de Kandel, relevée dans le service du Docteur Spillmann

est frappante de similitude avec la nôtre: la diarrhée était à ce point importante qu'on avait fait le diagnostic de cachexie dysentérique. Evidemment les formes de sténose accompagnées de diarrhée ne présentent pas toutes cette diarrhée comme seul signe clinique; mais nôtre cas n'est en réalité que l'exagération de la forme habituelle.

Ainsi apparaissant tout d'abord comme des formes exceptionnelles de cancer gastrique, nous voyons mainenant combien, en réalité, elles se rapprochent et rentrent dans les cadres tracés.

Mais il est certain qu'au point de vue clinique, le diagnostic est bien délicat.

Notre premier malade se présentait à nous en disant que depuis quelque temps il présentait de la diarrhée: ayant conservé un état général relativement bon, sans anorexie, sans aucun trouble gastrique apparent, elle égarait encore les recherches en rapportant toute une série d'antécédents qui se rattachait à une affection hépato-vésiculaire. Comment ne pas songer à la diarrhée port-prandiale si fréquente dans ces affections? On sait combien tous ces troubles vésiculaires affectent une allure protéiforme, sans caractères bien nets. Rien ne pouvait dans l'examen de cette malade au point de vue clinique faire repousser à priori, l'idée d'une affection vésiculaire.

Notre deuxième malade consultait lui aussi pour une diarrhée, sans avoir remarqué d'autres troubles importants de ses fonctions digestives. Il avait fait de nombreux séjours aux colonies et on avait toute raison de soupçonner une

dysenterie amibienne. L'hypothèse la plus logique était que le malade présentait sans doute une atteinte nouvelle de cette affection: il n'est pas rare en effet de voir des sujets présenter de longues années après une premières atteinte, sans avoir pendant tout ce temps, souffert d'aucun trouble, une nouvelle crise dysentérique ; on fit d'abord faire un examen coprologique: celui-ci ne donne aucun résultat. Etant donnée qu'une réponse négative dans un tel examen n'a pas de valeur absolue, on essaie un traitement d'épreuve par l'émétine: aucun résultat. Devant la persistance des signes, on fait examiner le malade à la radiocopie pour parachever un examen sérieux: et on s'en félicite lorsque celui-ci révèle une sténose une tumeur pylorique.

Nous croyons que dans ces 2 cas, l'examen méthodique a permis de faire le diagnostic de la lésion. Cet examen devra être fait dans tous les cas de diarrhée qu'une lésion évidente n'explique pas. Quels sont les moyens qui durent être employés pour faire le diagnostic ?

La coprologie a revendiqué à un certain moment le pouvoir de faire connaître sinon les lésions suspectées, mais tout au moins la localisation approximative de ces lésions; et elle a individualisé une diarrhée d'origine gastrique: c'est une diarrhée post-prandiale survenant une demi-heure ou une heure après le repas, précédée de crampes ou douleurs: il y a émission soit de selles d'abord moulées, suivies rapidement d'autres selles liquides, soit d'emblée 5 à 6 selles très liquides successives dans l'heure; à l'examen microscopique ce sont des selles jaunâtres plutôt fétides, dans lesquelles on

distingue des fragments d'aliments non digérés; à l'examen microscopique on constate :

1° La non digestion du tissu conjonctif, car seul l'estomac en peut faire la digestion.

2° la présence de bacilles longs, de levures et de sarcines, flore bien spéciale qu'on ne retrouve pas normalement dans les selles.

3° l'existence de fragments de pommes de terre et carottes visibles à l'œil nu.

4° L'existence de fragments musculaires.

6° La présence de cristaux d'oxalate de chaux dans les cellules végétales.

Nous n'insistons pas sur les colorations et la façon dont on fait ces examens. Il nous intéresse bien plus de savoir ce que vaut cette description de la diarrhée gastrique: La coprologie ne nous en semble pas discutable; elle est admise par tous les auteurs dans ses grandes lignes. La clinique par contre donne lieu à des discussions: c'est, avons-nous vu, une diarrhée post-prandiale que la diarrhée de l'hypochlorydrique; et on l'oppose à la diarrhée de l'hyperchlorydrique qui survient de préférence quelques heures après la prise d'aliments, la nuit même. Les signes n'en sont pas toujours aussi tranchés; et du reste bien d'autres diarrhées peuvent affecter sensiblement une telle allure: la diarrhée post-prandiale peut être vésiculaire; la diarrhée banale peut être bacillaire; la diarrhée du matin peut être amibienne. La coprologie a souvent une arme puissante dans le fait qu'elle trouve ou ne trouve pas du sang ou du mucus dans les selles; mais ce

signe qui vaut pour toute autre cause ne vaut plus pour le cancer gastrique. Et puis combien de bien portants présenteraient à l'examen coprologique les signes d'une mauvaise digestion gastrique ?

Cependant l'indication fournie par la coprologie d'une diarrhée d'origine gastrique n'est pas à négliger. Mais elle est loin d'avoir une valeur absolue.

L'examen systématique des selles au point de vue de la recherche des hémorragies occultes pourra fournir de précieux renseignements; mais alors qu'elles prennent une importance particulière presque pathognomonique chez un individu allant normalement à la selle et présentant de légers troubles dyspeptiques, chez un diarrhéique, il faudra éliminer toutes les colites ulcéreuses, au besoin faire une rectoscopie. Mais celles-ci éliminées, elles prennent alors une importance de premier ordre.

On pourra procéder à un tubage gastrique, rechercher soit un liquide de stase dont aucun signe clinique peut révéler la présense, comme nous l'avons vu dans une observation citée plus haut, soit un vidage insolite et rapide de l'estomac. Enfin l'examen chimique des liquides retirés permettra de penser à un néoplasme gastrique en présence d'un syndrome d'insuffisance secrétoire.

Il est vrai qu'on peut quelquefois, uniquement par l'aspect extérieur ou par les antécédents du malade, avoir pensé à une lésion cancéreuse. Mais nos observations, les observations que nous avons citées au cours de ce travail sont la preuve que ce sont là des signes tout à fait trompeurs, qui

peuvent, si l'on se fie à eux, sans avoir fait un examen méthodique, faire commettre les plus grossières erreurs.

Mais ce qu'il faudra faire, c'est un examen radioscopique, qui, comme dans nos cas, fera découvrir la lésion cancéreuse. De nombreux auteurs ont souvent insisté sur l'intérêt d'un diagnostic précoce, et l'on sait combien, malheureusement, ils sont trop souvent tardifs. Les traitements symptomatiques employés habituellement ont surtout le résultat d'amener le malade dans une situation inopérable.

Il est certain que le diagnostic étiologique des formes terminales ne présente d'intérêt que pronostique: le cancer est alors connu et 3 hypothèses sont à discuter :

1° Diarrhée d'origine gastrique, nous en verrons l'étiologie;

2° Fistule gastro-colique ou gastro-intestinale.

3° Métastase intestinale.

1° Lorsque nous aurons vu la pathogénie, nous aurons en mains les éléments pour apprécier la cause de la diarrhée d'origine gastrique.

2° Mais il faudra d'abord éliminer la fistule gastro-colique qui en reconnaitra facilement si l'attention est en éveil par la lientérie qui l'accompagne, les vomissements stercoraux, l'amaigrissement extrêmement rapide du malade.

3° Les métastases intestinales, enfin, seront à rechercher; elles seront décelées par des examens systématiques, par le palper, par la radioscopie, par le toucher rectal qu'il faudra toujours faire dans tout cancer gastrique, on se rappellera

les caractères spéciaux de la métastase rectale sous-muqueuse, en anneau.

Mais le diagnostic étiologique prend autrement d'importance lorsqu'il s'agit de rechercher une lésion inconnue. Il s'agit d'abord de trouver la cause d'une diarrhée tenace, rebelle, accompagnée d'une diminution des forces, de très légers troubles dyspeptiques variés on pensera le plus souvent à une diarrhée due à une tuberculose intestinale dont les risques sont sensiblement les mêmes dans certains cas ; on pensera, pour peu que l'étiologie s'y prête, à une diarrhée amibienne ou même bacillaire; on pensera encore à une lésion hépatique ou vésiculaire qui donnera souvent comme dans le cancer une diarrhée post-prandiale et quelques vagues troubles digestifs; il faudra éliminer encore les diarrhées par erreur de régime, diarrhées de putréfaction, diarrhées de fermentation; on pensera enfin à toutes les formes de colites rebelles si fréquentes.

La coprologie, surtout la radioscopie, la présence d'hémorragies occultes si elles sont toutes positives, feront le diagnostic.

PATHOGENIE

Il s'agit maintenant de voir par quels mécanismes se produisent les troubles de l'évacuation intestinale que nous avons étudiés dans cette thèse. Nous trouverons là des sujets de controverse encore plus nombreux que dans le reste de ce travail. Aussi croyons-nous qu'il ne peut être que très utile de faire un rapide historique de la question.

En 1873, Trousseau dit, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, sur le cancer gastrique :

« Dans le cancer du pylore, il existe en outre une grande constipation, à moins que le cancer ne soit profondément ulcéré, auquel cas, en même temps que les vomissements deviennent moins fréquents, il y a de la diarrhée qui ne tarde pas à être lientérique, les aliments s'échappant à travers l'orifice pylorique constamment ouvert avant d'avoir subi dans l'estomac une élaboration suffisante. »

A peu près en même temps, Brinton écrivait :

« La diarrhée semble surtout résulter de l'irritation produite par la présence de la matière cancéreuse, du pus et du sang entrainé dans l'intestin. Les facheux effets que déterminent ces liquides s'aggravent par la décomposition qu'ils subissent dans leur passage à travers l'intestin: l'ulcération du cœcum, du côlon, de l'iléon est comparativement si

rare, qu'on ne peut admettre cette cause que dans des cas exceptionnels. L'époque du début de la diarrhée coïncide généralement avec l'apparition des causes ci-dessus mentionnées; elle succède à l'ulcération, c'est-à-dire qu'elle est un phénomène tardif. »

Et Jaccoud reprend :

« L'état des fonctions intestinales est bien variable; cependant on peut dire que la constipation est la règle au début de la maladie et pendant tout le temps qui précède le ramollissement et l'ulcération; à dater de ce moment, la diarrhée est sinon constante, au moins très fréquente et elle résulte de l'irritation produite par les éléments cancéreux et les liquides de mauvaise nature qui passent dans l'intestin. »

Il est donc devenu classique que la diarrhée est en rapport direct avec l'ulcération, l'irritation intestinale par les produits cancéreux. En 1881, Tripier reprend la question dans un travail très documenté dont nous allons rapporter des extraits; il a étudié 28 cas de cancer gastrique dont il a fait l'autopsie; dans ces 28 cas, il y en eût 25 où la diarrhée fût constatée. Dans ces 15 cas, il y en eût 1 où la diarrhée habituelle durait depuis 2 ans lorsque surviennent les manifestations nettes de cancer, 1 où la diarrhée dura pendant les premiers jours où les signes cliniques apparurent, 1 autre où la diarrhée altern aavec la constipation;dans les autres cas la diarrhée survient soit 5, soit 2, soit 1 mois avant la mort; quant au siège, sur les 15 cas, il y en avait 8 au pylore, 2 au cardia, 5 au corps de l'estomac; quant aux lésions constatées: les formes pyloriques étaient ulcérées

dans 2 cas, infiltrées dans 2 autres, ulcérées avec rétrécissement dans 1 autre, simplement rétrécie dans 1 cas, simplement végétante dans le dernier; les formes localisées aux autres parties de l'estomac sont ulcérées dans la moitié des cas, non ulcérées dans les 5 autres. Enfin dans les cas de constipation on constate sensiblement le même rapport entre les localisations et l'état des lésions.

En tout cas, dit Tripier, la théorie de Brinton selon laquelle la diarrhée est un résultat de l'ulcération est fausse. Il cherche alors les causes d'erreur, les complications: il les note 11 fois sur 25 cas, comme nous l'avons vu plus haut. Mais il conclut en constatant que ces lésions existaient aussi bien dans les cas ou la constipation était habituelle. De même il ne voit pas de rapport appréciable entre la diarrhée et les vomissements.

Mais.

« J'ai remarqué, dit-il, que dans quelques cas, la diarrhée se produisait manifestement sous l'influence de l'ingestion des aliments qui étaient pris en quantité relativement assez grande et souvent sans avoir égard à leur qualité. »

Tripier insiste sur le fait que la diarrhée cesse lorsque l'anorexie apparaît, et il constate que la constipation coexiste presque toujours avec l'inappétence; et il ajoute :

« J'ai a peine besoin d'ajouter que le retour de la perméabilité de l'orifice pylorique par le fait de l'ulcération de la tumeur, ainsi que le voulait Trousseau, est parfaitement contestable et que s'il existe, il ne saurait être que tout à fait exceptionnel. Dans l'ensemble on peut expliquer la diarrhée

dans la plupart des cas par l'insuffisance des fonctions de l'estomac altéré ou bien par des phénomènes d'irritation ayant pour point de départ les lésions stomacales et dont l'action se ferait sentir sur les diverses parties constituantes non seulement de l'estomac, mais aussi de tout le tube digestif. On sait en effet que la lésion cancéreuse peut agir d'une manière variable sur les nerfs et, par la suite, sur le système nerveux central avec ou sans douleurs, d'où la production possible de troubles secondaires réflexes du côté de l'estomac, du côté du tube digestif et de ses annexes. »

Tripier s'arrêtait là dans ses hypothèses, regrettant de ne pouvoir aller plus loin dans l'état actuel de la science. Il est du reste admirable de voir combien les anciens maitres voyaient juste et loin sans d'autre secours que leur intelligence. Nous verrons plus loin que la dernière hypothèse sur laquelle terminait Tripier vient d'être défendue à nouveau avec des arguments positifs cette fois.

Peu de temps après, le chimisme gastrique faisait son apparition et Hayem montrait dans ses divers ouvrages, les rapports des troubles de la sécrétion gastrique, pepsine, acide chlorydrique, avec ceux de l'évacuation du contenu gastrique. La notion d'incontinence pylorique fit son apparition entrainant presque aussitôt avec elle la diarrhée prandiale. Bard en tient compte dans sa classification des formes cliniques du cancer gastrique. Depuis, l'insuffisance gastrique est restée classique.

On a bien invoqué la cachexie cancéreuse, l'intoxication cancéreuse. Nous verrons ce qu'il faut en penser.

Toute dernière en date, la théorie des lésions nerveuses veut d'être discutée.

C'est à quoi nous allons maintenant nous consacrer.

Il est en tout cas des causes évidentes que nous allons mettre tout de suite hors de discussion.

Causes évidentes

1° *Fistule gastro-colique:*

C'est ainsi que la diarrhée qui existe dans la fistule gastro-colique ne prête pas à discussion. D'une part les aliments ne subissent aucune action des différents sucs gastriques et intestinaux, pas plus qu'aucune des destructions si utiles produites par la flore cœcale; et on sait que la partie terminale du côlon est justement celle qui possède le moins une action digestive. D'autre part, pas de territoire important où la résorbption hydrique puisse se faire suffisamment. Enfin insuffisamment élaborés ces produits irritent le gros intestin qui réagit par leur élimination rapide.

Donc toutes les conditions nécesaires et suffisantes, hypermotricité intestinale, troubles du métabolisme de l'eau, pour produire de la diarrhée sont réunies,

Et nous avons vu combien cette diarrhée est importante : c'est la lientérie dont l'existence amène une cachexie rapide.

2° *Les Métastases:*

La diarrhée qui existe au cours des métastases

a) intestinales: peut être, nous l'avons vu, permanente, ou

au contraire alternante avec de la constipation. Dans le premier cas, c'est le mécanisme de la diarrhée de la colite ulcécause fréquente de la diarrhée. Dans le second cas, c'est la duits de digestion, irritation qui donne une hypermotricité, course fréquente de la diarrhée. Dans le second cas, c'est la débacle diarrhéique succédant à une phase de constipation, de même que toutes les autres constipations dues à des causes différentes.

b) hépatiques: est due, lorsqu'elle existe, à l'insuffisance hépatique. Nous avons vu les conditions nécessaires pour qu'elle existe: la lésion hépatique doit être très importante au point que dans ces cas-là elle est toujours perceptible cliniquement. En réalité l'insuffisance hépatique ne sera en cause que dans des diarrhées qui surviendront très tardivement, à la période terminale du cancer.

c) péritonéales: a le même mécanisme que celui qu'on observe dans, par exemple, la péritonite tuberculeuse; la lésion de la séreuse agit sur la musculeuse: troubles de l'évacuation par hypermotricité, mauvais fonctionnement glandulaire, troubles du métabolisme de l'eau.

Dans tous ces cas que nous venons d'étudier, la cause n'est pas discutable. Il n'en est plus de même maintenant : plusieurs causes sont à invoquer et aucune d'entre elles ne semble être constante dans ses effets; dans l'examen clinique et radiologique d'un cancer de l'estomac il y a 2 choses qui ont frappé les esprits et qui ont paru être les causes probables:

Le chimisme gastrique a une formule spéciale dans la ma-

jorité des cas ; il semblait normal d'y attribuer la diarrhée.

Puis la radiologie montrant l'existence de cette incontinence pylorique, ou bien simplement de cette évacuation prématurée, dont elle seule pouvait affirmer l'existence; à partir de ce moment-là, c'est autour de l'incontinence pylorique que tournèrent les discussions. Il nous semble donc que pour mieux examiner la question, il faut étudier d'abord ce que vaut cette incontinence, ses rapports avec la diarrhée, ses différents mécanismes; puis nous verrons ce qui se passe dans les cas sans incontinence; enfin nous verrons si d'autres théories peuvent être invoquées.

L'incontinence pylorique

M. le Prof. Carnot écrit ceci dans une communication faite à la Médicale des hôpitaux:

« 1° Il y a lieu de distinguer une incontinence pylorique organique liée à une altération anatomique du pylore lui-même, symptomatique dans un grand nombre de cas d'une rigidité et d'une induration gastro-pylorique et que l'on trouve principalement dans la linite gastrique.

Dans d'autres cas, l'incontinence pylorique semble liée à une lésion destructrice du canal pylorique ou à des tiraillements péripyloriques par divecticules de tractions.

Dans cette incontinence organique, il est impossible de faire fermer le pylore soit par l'épreuve du repas fictif soit par ingestion d'une solution acide, soit par absorption de

boissons chaudes ou glacées. Cette épreuve permet dont de distinguer l'incontinence organique de l'incontinence fonctionnelle...

2° Il y a lieu d'autre part de distinguer une incontinence pylorique fonctionnelle ou réflexe dues non à l'impossibilité de fermeture du pylore, mais à un trouble dans le fonctionnement du sphincter. Les troubles réflexes semblent avoir souvent leur origine dans les lésions à distance (duodénales, péritonéales, vésiculaires) qu'il y a lieu de déterminer avec précision suivant le cas.

Peut-être y a-t-il des troubles sphinctériens d'origine centrale, mais nous n'en avons pas la preuve péremptoire. »

Voici nettement classée en 2 catégories différentes l'incontinence. Approuvée par tous les auteurs, parce qu'elle répond en effet à la réalité, et qu'elle éclaircit la question, elle est devenue classique. Pour nous elle va nous procurer l'avantage de voir les rapports de la diarrhée et d'une incontinence qui à sa cause en elle même la rigidité du canal pylorique.

L'incontinence organique:

Nous en avons vu les plus beaux cas dans la linite gastro-pylorique; et nous avons vu qu'il existait à peu près autant de cas dans lesquels il y avait de la diarrhée que de cas où il y avait de la constipation.

Classiquement, c'est évidemment simple: dans tous les cas ou presque, où il y a incontinence, il y a diarrhée: comme d'autre part l'explication en est facilement donnée, il

n'y a aucune discussion; en effet on conçoit que les aliments n'ayant pu subir aucune digestion gastrique, projetés directement dans le duodénum, irritent l'intestin qui réagit par de l'hypermotricité, et ainsi par une rapidité de transit exagéré aboutissant à l'évacuation de selles incomplètement digérées.

On oublie simplement les cas où la constipation est opiniâtre. Et nous ne voyons pas pourquoi un mécanisme qui vaut pour certains cas ne vaut pas pour d'autres.

Nous rappellerons aussi que des cas de cancers sténosants où il ne peut être mis en doute qu'il n'y avait pas la moindre incontinence, sont accompagnés de diarrhée.

Nous citerons enfin, dans le but d'en faire la comparaison avec nos cas, le fait que les gastro-enterostomies exécutées pour des ulcères de l'estomac ne sont pas accompagnées de plus souvent de diarrhée. Or, n'y a-t-il pas incontinence de la bouche anastomatique ?

Nous savons qu'on peut justement faire ressortir que le tube digestif sous-jacent peut par une hypersécrétion active remplacer l'insuffisance de digestion gastrique. C'est une supposition qui peut sans doute être vraie.

En réalité il est bien probable que l'incontinence pylorique organique peut jouer un rôle dans la genèse de la diarrhée. Mais étant donné le fait que cette diarrhée est bien plus souvent remplacée par la constipation dans des cas très nets d'incontinence organique, il nous semble qu'elle joue un rôle de second plan.

L'incontinence fonctionnelle.

Elle peut être dûe, comme le montre M. le Prof. Carnot, à des troubles réflexes à distance par des lésions vésiculaires, duodénales, péritonéales. Ici ces lésions seraient des métastases. Nous avons vu l'action de ces métastases en elles-mêmes. Elles pourraient donc encore agir par ce mécanisme réflexe.

Mais c'est en lui-même que l'estomac trouve les causes de ses troubles d'évacuation.

L'achylie. — Celle qui nous semble la plus importante, qui a été bien étudiée, c'est l'insuffisance de sécrétion gastrique: c'est Hayem qui s'est attaché dans de nombreux ouvrages et publications à mettre au premier rang ce qu'il a appelé l'évacuation prématurée.

En effet, il ne s'agit pas ici en réalité de l'incontinence nette, permanente, complète que nous avons vu plus haut dans l'incontinence organique. Les aliments ne passent pas en trombe à travers l'estomac pour aller directement dans le duodenum; ils séjournent un temps variable dans l'estomac: 20 minutes, 1 heures, jusqu'à ce que l'évacuation soit terminée.

Hayem l'a bien montré: il s'agit d'un mauvais fonctionnement du sphincter pylorique :

« Dans la forme désharmonique (il s'agit toujours de l'évolution de la digestion), dit-il, la plus intéressante dans les évacuations courtes est constituée par le trouble moteur que

j'ai désigné sous le nom d'évacuation prématurée. L'estomac conserve un certain temps le repas, se met à travailler, mais renvoie dans l'intestin le chyme en voie d'élaboration, sans achever son œuvre; il se vide prématurément. »

Il a expliqué ainsi le mécanisme de l'incontinence : il semble prouvé que physiologiquement, le pylore fonctionne sous l'action acide de l'estomac: il s'ouvre lorsque le degré d'acidité intrastomacal s'est élevé jusqu'à un certain degré, laissant passer un bol alimentaire; le contact de ce bol acide avec la muqueuse duodénale alcaline fait par réflexe fermer le pylore, qui reste ainsi fermé jusqu'à ce que cette acidité ait été neutralisée par l'alcalinite duodénale; à ce moment, le sphincter s'ouvre à nouveau pour laisser passer une nouvelle bouchée. Dans l'insuffisance gastrique, la neutralisation du chyme dans le duodenum est trop rapide et le sphincter s'ouvre trop tôt. Il y a ensuite irritation intestinale par les produits non digérés.

Hayem dit avoir signalé au cours de ses publications la diarrhée prandiale coïncidant avec les évacuations prématurées dues elles-même à une insuffisance gastrique. Il rappelle du reste que Trousseau disait qu'il existait un état spasmodique de l'estomac qui le fait se révolter contre les contacts des aliments, d'où résulte comme le « vomissement dans l'intestin de matières mal élaborées ».

Ces évacuations prématurées étaient surtout étudiées à ce moment là du reste pour des états gastriques qui n'avaient pas de rapport avec le cancer, sinon l'insuffisance gastrique, car nous avons vu qu'en général il y a insuffisance dans le

cancer de l'estomac. Mais le mécanisme valable pour un cas est valable pour l'autre. Et il nous serait alors possible de trouver une cause à peu près certaine de nos cas de diarrhée.

Malheureusement la relation entre insuffisance gastrique et évacuation prématurée n'est pas elle-même sûre. Voici ce qu'écrivent à ce propos 2 auteurs lyonnais Sacry et Dufourt:

« L'anachlorydrie est un symptôme assez fréquemment observé au cours des dyspepsies simples. Elle peut constituer dans certains cas un véritable syndrome anachlorydrique. Les recherches poursuivies depuis longtemps sur le fonctionnement gastrique normal et pathologique ont bien établi les variations du chimisme et la discordance fréquente entre les troubles des différentes fonctions sensitives, motrices, sécrétoires. Nous avons pu constater nous-mêmes par l'étude de quelques malades récemment observés, que l'anachlorydrie peut accompagner divers types cliniques d'allure très différente et où les sensitifs et moteurs s'opposent d'un cas à l'autre. »

Et ils fournissent 6 observations de dyspepsie dont nous extrayons les renseignements qui nous intéressent :

Obs. I: Evacuation nettement accélérée;
H.ce. libre : 0. Acide lactique : réaction légère ;
Pas de diarrhée.

Obs. II: Evacuation normale;
H.ce. libre : 0. Acidité totale : 0,51.
Pas de diarrhée.

Obs. III: Evacuation normale;

H.ce. indosable. Acidité totale : 0,45.

Pas de diarrhée.

Obs. IV: Evacuation normale;

H.ce. : 0. Acidité totale : traces. Acidité de fermentation : traces.

Pas de diarrhée.

Obs. V: Evacuation normale;

H.ce. : 0. Acidité totale : 0,51.

Obs. VI: Evacuation normale;

H.ce. : 0. Acidité totale : 0,40. Acides de fermentation : traces.

Pas de diarrhée.

Ainsi sur 6 observations où l'anachlorydrie est complète, où l'achylie est marquée, 1 seul cas ou l'évacuation soit accélérée, pas un seul cas ou il y ait de la diarrhée et Savy et Dufourt écrivent:

« Pour Ramond, le syndrome anachlorydrique d'origine infectieuse, toxique ou nerveuse, mis à part le cancer et l'anémie pernicieuse se présente sous le type suivant dans la majorité des cas: L'appétit est variable, le plus souvent normal, mais cependant avec capacité d'ingestion limitée; il y a malaise port-prandial immédiat ou retardé avec pesanteur épigastrique, nausées et vomissements parfois, ou encore douleurs analogues à celles décrites dans l'hyperchlorydrie (achylie gastrique, pseudo-hyperchlorydrique de Eihorn) ;

estomac à évacuation rapide; présence de liquide à jeûn. Diarrhée fréquente. Cette description est à rapprocher de celles qu'ont donné Hayem de la dyspepsie-hypochlorydrique, Bouveret de l'atonie gastro-intestinale, Mathieu de la dyspepsie sensitivo-motrice.

» Mais l'anachlorydrie n'agit pas de façon identique sur les réactions de l'estomac ; ce n'est pas sa présence qui établira l'association nécessaire des troubles sensitifs et moteurs; elle ne doit pas être considérée comme la cause essentielle. »

Ces auteurs envisagent la question à un autre point de vue que le nôtre, mais il n'en résulte pas moins de leur étude qui coïncide du reste avec celles d'autres auteurs que :

1° L'anachlorydrie et l'achylie n'ont aucune relation directe avec le fonctionnement du sphinctes pylorique.

2° Toute question de fonctionnement sphinctérien mis à part, il n'y a de même pas de relation entre insuffisance gastrique et diarrhée.

Quelle que soit la cause de cette insuffisance gastrique, les résultats en doivent être les mêmes. Il nous suffit du reste pour nous en rendre compte de considérer les différents cas étudiés par nous :

Dans la linite, nous avons toujours constaté une achylie marquée; et non seulement il y a un arrêt de sécrétion net, mais encore il y a incontinence absolue permanente, indépendante de toute cause extra orificielle. Or nous rappelons une fois de plus que la constipation y est fréquente. Et cependant ces 2 causes sont conjuguées.

Dans les formes banales du cancer gastrique, nous savons qu'il y a irrégularité dans le chimisme gastrique : dans certains cas il y a anachlorydrie, dans d'autres hypochlorydrie, dans d'autres encore il y a même hyperchlorydrie. Nous pouvons en tout cas affirmer qu'il y a diarrhée dans des cas de sténose; et qu'il y a constipation dans des cas d'incontinence. Il serait évidemment intéressant de préciser les rapports de la sécrétion gastrique et de ces cas.

En résumé, nous appuyant d'une part sur les faits mis en lumière par les discussions de divers auteurs, d'autre part sur nos constatations propres, il nous semble que :

1° L'achlorydrie et l'achylie créent parfois sans doute de l'incontinence pylorique, sans le faire à coup sur;

2° leur action sur l'évacuation intestinale est tout à fait sujette à caution, puisque, dans de nombreux cas d'incontinence pylorique avérée, terme intermédiaire de l'égalité insuffisance gastrique = diarrhée, il n'est même pas exact de dire qu'il y ait toujours diarrhée.

3° L'achylie et l'anachlorydrie, si elles agissent sur l'évacuation intestinale, peuvent se passer de l'intermédiaire incontinence pylorique.

Il serait intéressant de faire des statistiques de diarrhée et d'insuffisance secrétoire.

Théorie nerveuse. — Il est certains cas de cancer gastrique qui peuvent réclamer un mécanisme très particulier dans la génèse de la diarrhée qui les accompagne.

Nous avons vu 1 observation l'Aubourg, cancer du cardia étendu sur le bord droit de l'estomac, qui était accompagnée

d'incontinence pylorique; L'intervention avait montré l'existence d'un néoplasme du cardia très adhérent et intéressant le bord droit de l'estomac, avec des ganglions très développés sur la grande et la petite courbure; et il avait conclu de cette disposition anatomique qu'elle était la cause directe par lésion nerveuse de l'incontinence pylorique.

Nous citerons maintenant une seconde observation rapportée par Aubourg:

Obs. : Malade opéré par Cunéo pour une tumeur médio-gastrique fortement adhérente en arrière et à la queue du pancréas. Cunéo se décida pour une résection très large médio-gastrique. Un examen radiologique pratiqué 2 mois après l'intervention, montra une incontinence pylorique : l'estomac se vidait instantanément et sans aucune contraction apparente. Or Cunéo qui avait minutieusement exploré l'estomac avant de faire sa résection n'avait constaté aucune lésion pylorique.

Avec Aubourg, Cunéo fit alors l'hypothèse que la section des nerfs de la petite courbure avait pu paralyser le sphincter pylorique.

Nous rapporterons encore l'observation suivante publiée par Maurice Klippel et Jean Rachet :

Obs. : Malade entré le 10 mars 1922 à Tenon; il se plaint de fatigue avec amaigrissement et pesanteur gastrique depuis 4 mois environ, il a commencé à souffrir de l'estomao, de troubles vagues qu'il précise mal: il digère difficilement, il a maigri, il est très fatigué; il se plaint d'autre part d'une dyspnée légère augmentant à chaque effort ; il est

assis très géné pour respirer lorsqu'il est couché; il accuse une continuelle sensation de constriction dans la région thoracique inférieure.

Au milieu d'une anorexie marqué, tranche le dégoût pour les viandes et les graisses. Il est constipé. L'examen de l'appareil digestif est négatif.

L'examen de l'appareil cardia-artériel donne peu de chose:

De l'hypertension: 13-22 au pachon.

Pas d'hémorragie occulte.

La radioscopie montre une incontinence complète pylorique.

On songe à la linite plastique.

Le malade meurt subitement.

A l'autopsie on trouve une poche anevrysmale rompue débutant à la partie supérieure de l'aorte descendante, près de sa crosse, et se prolongeant en fuseau presque jusqu'à la coupole diaphragmatique; à l'estomac la région pylorique est épaissie et dure, mais l'examen microscopique montra qu'il n'existait pas de lésion cancéreuse, mais découvrit un certain degré de névrite.

Rien ne donnait la clef du syndrome observé; les auteurs ont cherché à expliquer cette incontinence pylorique: or le malade présentait une poche anevrysmale englobée avec l'œsophage dans un paquet de médiastinite dur et serré, comprimant ainsi les nerfs pneumogastriques descendant le long des parois de l'œusophage :

« Notre cas d'incontinence ne rentrerait-il pas alors dans le groupe signalé par Aubourg ou le trouble fonctionnel

semble dépendre d'une altération des nerfs de l'estomac ; ici altération des pneumogastriques, au niveau de l'anevrysme aortique? Le nerf X est, on le sait, au premier chef, le nerf de la motricité et de la sécrétion gastrique. Rien ne s'oppose à ce qu'une lésion de ce nerf entraîne un trouble de la motricité pylorique et paralysant la tonicité du sphincter ne crée l'incontinence.

» Et nous avons été amenés à soupçonner deux lésions possibles du pneumogastrique. D'une part une compression entraînant une destruction du nerf peut expliquer l'interruption, le court-circuit nerveux, et le pylore, privé de son innervation tonique se relâche, est béant, n'obéit plus aux existants divers qui normalement l'ouvrent et le ferment pendant la digestion.

» D'autre part et cette seconde hypothèse nous a semblée plus séduisante: ne peut-on pas expliquer le trouble pylorique par une lésion de névrite ? »

En effet, Lœper avait émis cette théorie, et nous croyons qu'on ne peut mieux faire que de donner ici un large extrait de cet article :

« Au contact du cancer gastrique, le pneumogastrique fait deux ordres de lésions: des lésions banales et des lésions spécifiques. Les premières sont de description facile, parce qu'elles ressemblent à toutes celles qui déjà furent décrites dans les inflammations intestinales ou gastriques de quelque nature qu'elles soient. Ce sont des lésions de névrite sclé-reuse. De telles lésions se rencontrent au voisinage des néo-

plasmes, même limités et peu ulcérés. Mais elles ne s'étendent pas loin et meurent en quelque sorte sur place.

» C'est un fait classique : les troncs nerveux résistent bien au cancer. Néanmoins, dans les travaux classiques de Bonnome, d'assez nombreux cas sont signalés d'envahissement et même de propagation néoplasique par les troncs nerveux.

» Le pneumogastrique est le nerf actif de l'estomac dont aucun physiologiste ne peut discuter le rôle capital dans le fonctionnement de l'organe. Il règle sa sécrétion et représente l'agent principal de sa motricité.

» Son excitation parait expérimentalement du moins, produire la contracture et sa section l'atonie. Dans le domaine pathologique, excitation, compression ou destruction, quelle qu'en soit la cause morbide ou opératoire, aboutit à ces deux résultats. C'est à la résection des nerfs de la petite courbure qu'Aubourg et Cunéo attribuent l'incontinence pylorique.

» Le néoplasme est susceptible de comprimer, de détruire ou d'irriter les radicules nerveux et même des troncs importants du nerf vague et de réaliser des troubles moteurs analogues à ceux que détermine l'inflammation d'un ulcère ou le couteau du chirurgien.

» La plupart de ces symptômes moteurs occupent la région médiogastrique ou la région pylorique. Mais il n'est pas impossible qu'ils aient aussi pour siège le cardia. »

Nous connaissons donc maintenant les gastro-névrites, comme les entéro-névrites. De plus, on a fait un pas nouveau, et on suppose que, secondairement, ces névrites sont susceptibles d'avoir une action important sur le sphincter

pylorique et les contractions gastriques, en même temps que sur la sécrétion gastrique.

Ce sont évidemment des hypothèses qu'il nous a paru intéressant de rapporter ici, dont seule une étude plus longue, basée sur un plus grand nombre de faits, pourrait indiquer la valeur. Encore faudrait-il montrer, comme nous l'avons dit plus haut qu'il y a relation entre incontinence, insuffisance gastrique d'une part, et diarrhée d'autre part. Nous retiendrons simplement ici que dans l'observation de Klippel et Rachet, l'incontinence pylorique complète était accompagnée de constipation.

Nous en avons maintenant terminé avec l'examen de l'incontinence et de ses causes organiques et fonctionnelles.

Dans les cas où il n'existe pas d'incontinence, on attribue l'existence de la diarrhée à une insuffisance gastrique laissant partir dans l'intestin des aliments mal élaborés, qui peuvent agir alors, soit par irritation directe sur la muqueuse intestinale, soit comme la théorie l'affirme maintenant pour certaines dyspepsies, par l'intermédiaire du foie et du choc produit à son niveau par des protéines insuffisamment disséquées.

Enfin, il nous reste à évoquer 2 causes au sujet desquelles on ne peut guère faire que des hypothèses :

L'intoxication cancéreuse

Brinton, au fond, invoquait l'intoxication cancéreuse pour expliquer la diarrhée; c'était par action directe sur la muqueuse intestinale qu'il la voyait agir.

Par la suite l'intoxication cancéreuse a pris une importance considérable; et il y a quelques temps nous aurions donné à l'intoxication cancéreuse, une place de choix dans ce chapitre. Nous l'aurions vu agissant par voie humorale, comme dans l'intoxication urémique, et donner au niveau de l'intestin, une diarrhée permettant aux toxines cancéreuses d'être éliminées. Nous en serions cependant restés à cet état d'hypothèse puisque nous n'aurions pu fournir aucun fait précis.

C'est sans doute à cela que l'intoxication cancéreuse doit d'être combattue à l'heure actuelle. On ne l'admet plus guère; et nous la citons presque uniquement pour mémoire. Peut-être l'avenir rectifiera-t-il cette nouvelle conception.

L'infection

Mais n'aurions-nous pas dû mettre dans les causes évidentes, l'infection qui survient au cours d'un grand nombre de cancers ; et la vieille théorie de Trousseau où l'on voyait la sanie cancéreuse irriter et infecter l'intestin, reprend une vigueur nouvelle sous une forme rajeunie.

L'infection existe au niveau du cancer, dans les formes végétantes et ulcérées: tissu friable, mal défendu par un réseau vasculaire embryonnaire, saignant, il offre un terrain favorable au développement microbien. Normalement cette infection ne devrait pas pouvoir grandir dans cette cavité gastrique, disposée justement pour détruir et arrêter le flot microbien qu'elle reçoit continuellement, et cela grâce à sa

sécrétion gastrique. Mais l'insuffisance de sécrétion qui va très souvent jusqu'à l'achorydrie, permet ce qui n'était pas possible.

D'autre part, ces microbes passent dans l'intestin, s'y développent.

Enfin, les aliments mal élaborés sont dans le cœcum un beau milieu de culture pour toute la flore intestinale qui y vit habituellement, mais d'une manière raisonnable. Et l'on sait que le développement de la flore intestinale est la cause la plus fréquente de toutes les diarrhées plus ou moins chroniques que l'on rencontre dans la pratique médicale.

EN RESUME

1° L'incontinence complète est loin d'être une cause absolue de diarrhée: dans la linite ou elle existe le plus souvent, la constipation est la plus fréquente.

2° Si cependant, on admet cette théorie que l'incontinence cause la diarrhée et qu'on recherche les causes de cette incontinnce, on constate:

Que l'achylie est fort incapable à elle seule de la produire.

Qu'au contraire, la névrite, la destruction du pneumogastrique la cause bien réellement.

3° En allant plus loin encore, en examinant si l'achylie joue un rôle dans la diarrhée, l'incontinence pouvant ou non exister, on reconnait que l'achylie peut exister sans le moindre trouble intestinal. Bien plus, la coexistence de l'achylie et de l'incontinence complète sont incapables dans la linite de créer de la diarrhée.

4° La lésion nerveuse peut causer de l'incontinence, mais elle ne cause pas de la diarrhée: une des observations citées plus haut constate l'existence de constipation.

5° Seule l'infection nous semble avoir un rôle important dans certaines diarrhées, plus importante qu'on ne le croit communément.

6° L'intoxication cancéreuse ne joue sans doute aucun rôle.

CONCLUSION

Au début de ce travail, nous avons mis en lumière 2 observations qui portent en elles-mêmes un réel intérêt: l'extrême fréquence de la forme banale du cancer gastrique finit par créer dans l'esprit, un de ces chémas dangereux qui conduisent aux erreurs de diagnostic. Ces 2 observations nous ont rappelé qu'il est bon de ne jamais oublier le polymorphisme que présentent de nombreuses affections.

De plus elles nous ont conduit a examiner ce qui se passe dans les formes diverses du cancer de l'estomac quant à la diarrhée:

1° Pour nombre d'auteurs, elle est liée intimement à l'incontinence pylorique, ou à l'évacuation prématurée du contenu gastrique: on la trouve au maximum dans la linite gastro-pylorique; dans le cancer banal pylorique, on ne la trouve que dans les formes qui s'accompagnent d'incontinence ; elle n'existe pas dans les formes sténosantes ; dans les néoplasmes qui laissent intact l'orifice pylorique, on admet qu'il existe assez souvent de la diarrhée.

2° Dans nombre d'observations nu,so avons constaté au contraire, que la diarrhée ne coïncidait pas avec l'incontinence pylorique. Et il nous est apparu que pour être exact, il fallait simplement se contenter d'énoncer les faits suivants:

1° Dans la linite gastro-pylorique, la constipation est certainecent plus fréquente que la diarrhée.

2° Dans les formes pyloriques du cancer de l'estomac, la constipation existe aussi bien dans les formes sténosantes que dans des formes avec incontinence, avec prédominance, cependant dans ces dernières.

3° Dans les formes non pyloriques, il y a évidemment plus de constipation que de diarrhée, mais celle-ci est relativement fréquente.

La théorie classique a en tout cas un gros avantage, Liant, la diarrhée à l'incontinence, il n'y a plus qu'a expliquer l'incontinence :

1° L'incontinence organique a une explication mécanique.

2° L'incontinence fonctionenlle est sous la dépendance de trois grands mécanismes :

L'achylie et l'achlorydrie.

La névrite.

Les réflexes à distance.

Mais pour nous, diarrhée et incontinence sont 2 termes qui peuvent avoir entre eux un rapport non niable, mais non absolu, et il nous faut expliquer directement cette diarrhée :

1° L'incontinence a un rôle probable, mais bien secondaire.

2° L'hypochlorydrieet l'achlorydrie nous semblent être encore moins en cause.

3° La lésion nerveuse est très certainement, quand elle

existe, une cause d'incontinence, mais non pas une cause de diarrhée.

4° L'infection joue un rôle dans certaines diarrhées, probablement plus important encore qu'on ne le pense.

Nous voulons rappeler ici que l'hypersécrétion du tube digestif sous-jacent fausse certainement par son intervention les phénomènes constatés en clinique. Cependant son action, qui rend le problème plus ardu, est certainement insuffisante pour expliquer ce qui nous échappe.

Nous avons vu le rôle exact que jouent dans l'établissement d'une diarrhée, les métastases.

Nous voyons qu'en dehors d'elles, les causes invoquées jusqu'ici semblent bien fragiles. Nous pensons qu'est ainsi suffisamment justifiée cette phrase de M. le Prof Carnot :

« Les causes et les conséquences de ces troubles pyloriques demandent de nouvelles recherches ».

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, MOUZON. MARCHAL. — Société Médicale des Hôpitaux, 8 juin 1923.

AUBOURG et CUNÉO. — Société des Cliniques de Paris, 1920.

BARD. — Semaine Médicale, 24 août 1904.

BENSAUDE. — Société Médicale des Hôpitaux, 1»10.

BENSAUDE, CAIN, OURY. — Société Médicale des Hôpitaux, 16 novembre 1923.

BIANCHI. — Semaine Médicale, 1899, p. 394.

BISSON. — Thèse Paris, 1921.

BABOUNEIX et VIGOT. — Société Médicale des Hôpitaux, 6 février 1914.

CARNOT et MAUBAN. — Société Médicale des Hôpitaux, 3 mai 1918.

CARNOT. — Société Médicale des Hôpitaux, 16 mai 1919.

CARNOT. — Société Médicale des Hôpitaux, 10 novembre 1911.

CHESNEL. — Thèse Paris 1877.

CHIFOLIAU et MASSON. — Bulletin de la Société Anatomique, 11 novembre 1909.

ENRIQUEZ et DURAND. — L'Hôpital, 1926 XIV 408-413.

FAROY. — Société Médicale des Hôpitaux, 19 février 1909.

FAROY. — Archives des Maladies de l'Appareil digestif, juillet 1924.

GAULTIER RENÉ. — Thèse Paris, caprologie.

HAYEM et LION, in GILBERT et TOINOT.

HOCHE. — Revue de Médecine 1903, p. 945.

KANDEL. — Thèse Nancy 1897.

KLIPPEL et RACHET. — Archives des Maladies de l'Appareil digestif, tome XI.

LŒPER. — Leçons de pathologie digestive, IIIème série.

LŒPER. — Leçon de pathologie digestive, Vème série.

LŒPER et FORESTIER. — Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1921 p. 307-312.

LŒPER et MARCHAL. — Progrès Médical, 1922, 3, p. 525-528.

LION. — Presse Médicale 1890.

LIBERT. — Journal Médical Français, 1925 p. 185-191.

LE NOIR, CHARLES RICHET fils, JACQUELIN.

LYONNET. — Lyon Médical, 18 mars 1897.

PAUCHET VICTOR. — Le cancer de l'estomac.

QUÉNU. — Société de Chirurgie, 18 juillet 1906.

RAMOND FÉLIX. — Maladies de l'estomac et du duodénum.

RENAUT. — Thèse Paris 1919.

RÉSIBOIS. — Thèse Paris 1898.

ROUSSEAU. — Archives des Maladies de l'Appareil digestfi, 1912 p. 512.

ROUSSY. — Bulletin Association Française, pour l'étude du cancer, 21 novembre 1918.

SAVY et DUFOUR. — Journal de Médecine de Lyon.

SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.

SOUPAULT. — Société Médicale des Hôpitaux 1901.

TIMBAL. — Coprologie.

TIMBAL. — Paris Médical, 25 avril 1925.

TRIPIER. — Lyon Médical, 1881, n° 40, 41, 42.

TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dien, T. 3, 1873.

TOURLET. — Thèse Paris, 1902.

UNUTRIA. — Archives des Maladies de l'Appareil digestif, tome 6.

UDAONDO. — Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1919-1920. Tome 10.